DER CH

NASEN- UND R

D[r] MAX

DER CHRONISCHE

NASEN- UND RACHEN-KATARRH.

EINE KLINISCHE STUDIE

VON

DR. MAX. BRESGEN,
IN FRANKFURT AM MAIN.

MIT 11 IN DEN TEXT GEDRUCKTEN ABBILDUNGEN.

WIEN UND LEIPZIG.
URBAN & SCHWARZENBERG.
1881.

SEINEM

HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN

PROFESSOR D^R. STOERK

IN WIEN

IN DANKBARER ERINNERUNG UND ANERKENNUNG

GEWIDMET

VOM VERFASSER.

Vorwort.

Ich übergebe die vorliegende Arbeit der Oeffentlichkeit, nicht sowohl, um meine Spezialkollegen mit meiner Auffassung des chronischen Nasen- und Rachen-Katarrhes, sowie meiner Behandlung desselben bekannt zu machen, als vielmehr auch, und zwar nicht zum wenigsten, um allerseits auf die hohe Bedeutung hinzuweisen, welche einer normalen Beschaffenheit der ersten Athmungswege, der Nase, des Rachens und des Kehlkopfes, in Bezug auf die Entwickelung und das Wohlbefinden des Menschen beizumessen ist.

Fällt dies Schriftchen einem Laien, einem Kranken in die Hand, so möge er daraus entnehmen, dass, wenn er sich einem Arzte anvertraut, er diesem auch das Urtheil über seine Erkrankung, sowie deren Behandlung ungeschmälert belassen soll. Dann nur kann der Arzt Nutzen stiften, und das Verhältniss zwischen dem Kranken und dem Arzte wird ein angenehmes sein.

Frankfurt *am Main, den 11. Februar 1881.*

Dr. Max. Bresgen.

INHALT.

Seite

I. Einleitung 1
II. Untersuchung des Rachens, des Nasenrachenraumes und der Nase . . . 3
III. Aetiologie 17
A. Chronischer Nasenkatarrh 17
B. Chronischer Rachenkatarrh 22
IV. Symptome, Befund und Verlauf 29
A. Chronischer Nasenkatarrh 29
B. Chronischer Rachenkatarrh 48
V. Therapie 61
A. Chronischer Nasenkatarrh 61
B. Chronischer Rachenkatarrh 80
VI. Schlusswort 86

I. Einleitung.

Es muss als eine auffallende Erscheinung bezeichnet werden, dass die Pharyngoskopie und Rhinoskopie in ihrer Entwickelung weit hinter der Laryngoskopie geraume Zeit zurückgeblieben ist. War auch schon von Einzelnen versucht worden, die Aufmerksamkeit wenigstens der Laryngologen auf die Wichtigkeit der Untersuchung und direkten Behandlung der Erkrankungen der Nase und des Rachens zu lenken, so wurden diese Bemühungen doch erst im verflossenen Jahrzehnt von einigem Erfolge begleitet. Einer grossen Anzahl von Aerzten sind jetzt noch die Nasen- und Rachenhöhle eine terra incognita. Was Wunder deshalb, wenn im Publikum die Ansicht so ungemein verbreitet ist, die beiden genannten Höhlen, insbesondere die Nase, könnten gar nicht erkranken, oder solches geschähe doch ausserordentlich selten! Der Schnupfen, wenn er auch schon viele Jahre lang besteht, gilt ja fast durchweg für keine Krankheit. Auch wird diese Ansicht von der Mehrzahl der Aerzte gar nicht einmal bekämpft; ja man erhält sogar bisweilen Kenntniss von einem gegentheiligen Verfahren!

Nur noch als eine Frage der Zeit kann es gelten, bis dass auch auf diesem Gebiete sachlichere Ansichten Platz gewinnen. Die Spezialärzte[1]) mehren sich stetig, und durch diese werden

[1]) Man hat sich besonders in jüngster Zeit vielfach gegen die Bestrebungen, die einzelnen Spezialgebiete der Medizin von deren Gesammtheit zu isoliren, gewendet. Und dies mit vielem Recht. Trennt sich ein Spezialarzt von der Gesammtmedizin, so sinkt er zur schablonenhaft arbeitenden Maschine herab. Doch ist hier wohl zu unterscheiden zwischen einer rein äusserlichen und einer wissenschaftlichen Trennung. Zu der ersteren muss der Spezialarzt, der ja nur in grösseren Städten existiren kann, sich bekennen, d. h. er muss in praxi sich wirklich auf seine Spezialität beschränken. Das verlangen wenigstens die Kollegen, will er ihre Unterstützung in Aussicht haben; und ich selbst pflichte dem vollkommen bei. Aber eine wissenschaftliche Trennung, eine Emanzipation der Spezialität von der

andere Aerzte gezwungen, die ihnen unbekannten Gebiete der Medizin entweder den ersteren ganz zu überlassen, oder das Versäumte doch einigermassen nachzuholen, so dass sie wenigstens die gewöhnlicheren Ordinationen zu geben im Stande sind. Sie werden damit die Spezialärzte doch niemals überflüssig machen.

Wer auf ein kleineres Gebiet den grössten Theil seiner Kraft konzentrirt, wird darin sicherlich mehr leisten, als wenn er alle Kraft gleichmässig auf die einzelnen Disziplinen vertheilt. Und bei der Ausdehnung der medizinischen Wissenschaft unserer Zeit ist es unbedingt nothwendig, dass die einzelnen Zweige der ärztlichen Kunst von Einzelnen gesondert betrieben werden, nicht nur zum Nutzen der Kranken, sondern auch zum Ruhme der ganzen Heilkunst.

Gesammtmedizin, darf deshalb doch nicht Platz greifen. Der Spezialarzt soll niemals die Haupterrungenschaften der Medizin im Laufe der Zeit ignoriren. Vermag er auch nicht immer regelmässigen Schritt zu halten, so kann er das Versäumte leicht durch Lesen von Jahresberichten nachholen. Das genügt, um ihn in Kontakt mit den übrigen Disziplinen zu halten und um ihn vor einseitigem Urtheile zu bewahren. Von diesem Standpunkte aus muss der Spezialarzt Gutes leisten und hat deshalb auch seine Berechtigung. Wollten die praktischen Aerzte dies nur mehr erkennen! Sie würden sich viel weniger im Liehte stehen, wenn sie bei Zeiten aus eigenem Antriebe zur Konsultation eines Spezialarztes riethen, anstatt ihre Patienten hinter ihrem Rücken doch an einen solchen sich wenden zu sehen. Stets dankt der Kranke seinem Arzte, wenn dieser ihn an einen besser Unterrichteten wies, und in den Augen jenes hat sein Ansehen nicht ab-, sondern zugenommen. Nur das „Zu spät“ verzeiht der Kranke nicht, wenn sein Arzt es schuld ist. Es gilt ihm einer falschen Diagnose gleich.

Während des Druckes dieser Schrift geht mir die Rektoratsrede von H. Schmidt-Rimpler in Marburg zu (Universität und Spezialistenthum. Marburg. N. G Elvert'sche Verlagsbuchhandlung, 1881). Ich freue mich, dort denselben Grundsätzen begegnet zu sein, wie sie von mir in Obigem ausgesprochen worden sind. „Auf allen Bahnen, selbst wenn sie auch im Gebiete des für das Leben ergriffenen Fachstudiums verlaufen, mit an der Spitze zu marschiren, ist unmöglich, bald wird und muss man in den Nachtrab kommen. Aber wenigstens in Einem zu der tête zu gehören, das hält den Blick frei, gibt ächtes wissenschaftliches Selbstbewusstsein, Unabhängigkeit und Freiheit des Denkens!“ „Derartige Vorschriften (i. e. einheitliches Examen als Arzt für Jeden) und das lebendige Gefühl unserer Zusammengehörigkeit gestatten aber auch anstandslos die sich immer mehrende Einreihung spezialistischer Fächer in den Universitäts-Organismus.“

II. Untersuchung des Rachens, des Nasenrachenraumes und der Nase.

Ich erspare es mir, die verschiedenen Untersuchungsmethoden, sowie deren Geschichte hier durchzugehen. Ich verweise diesbezüglich auf die einzelnen Schriften und Bücher, die im Verlaufe dieser Abhandlung sich zitirt finden werden.

Ich selbst benutze als Lichtquelle einen Argand-Brenner mit dunkelblauem Cylinder. Den Reflektor, der möglichst gross ist, befestige ich mit einem um den Kopf gelegten Bande vor der Stirne.

Wenn Voltolini (in seinem S. 5 zitirten Buche S. 27 u. ff.) dem Sonnenlichte zu Beleuchtungszwecken einen ganz ausserordentlichen Vorzug einräumt, so kann man dagegen an sich nichts einwenden. Allein, wenn die Sonne auch scheint, so ist man doch oft nur mit grossen Opfern in der Lage, sie zur Spekulirung benutzen zu können. Voltolini meint zwar, man müsse seine Wohnung so auswählen, dass man das Sonnenlicht benützen könne: doch das ist wohl zu viel verlangt! Für gewöhnliche Zwecke reicht eine gute künstliche Lichtquelle vollkommen aus; und für Aussergewöhnliches wird wohl jeder Spezialist sich schon mehr Licht zu verschaffen wissen!

Bei der Untersuchung des Pharynx benütze ich zur Fixirung der Zunge die modifizirten (von wem?) Türck'schen Zungenspatel[1]), die ich in Grösse und Zahl verändern liess. Einem besonderen Bedürfnisse scheint mir der Kinderspatel Nr. 0 zu entsprechen. Die bisher bekannten Mundsperrer sind zu komplizirt und in Folge dessen zu theuer. Als der beste erschien

[1]) Dieselben liefert H. Reiner, Wien, IX., van Swietengasse Nr. 10, aus Neusilber 2 Blatt mit Griff für 3 fl. ö. W. oder 5.50 Mk.; jedes weitere Blatt kostet 90 kr. ö. W. oder 1.60 Mk.

mir stets noch der von Whitehead. Mein Kinderspatel hält die Zunge zur Genüge nieder; auch sind die wenigsten Kinder im Stande, bei richtig gehaltenem Spatel den Mund zu schliessen. Sie öffnen denselben schon aus dem einfachen Grunde des Schreiens. Zudem setzt mich mein Spatel in den Stand, einen beliebigen Druck auf die Zunge auszuüben und auch jeder Zeit rasch die Mundhöhle wieder zu verlassen. Führt man zu dem Spatel noch einen Spiegel in den Pharynx ein, so vermag man bei Kindern in der Einathmungsphase den Kehlkopf leicht zu übersehen.

Fig. 1 stellt den Griff mit einem eingeschraubten Spatel dar. Wie aus der Zeichnung leicht zu ersehen, vermag man den Spatelstil nach Belieben zu verlängern oder zu verkürzen.

Fig. 1.



Fig. 2.

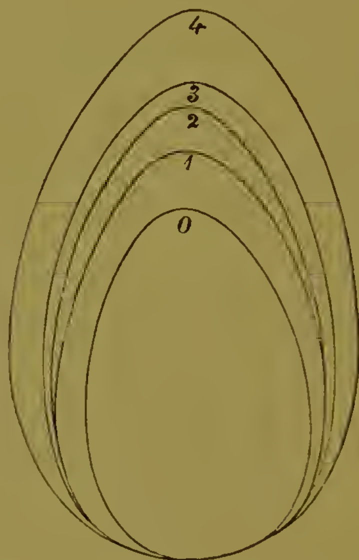


Fig. 2 gibt die verschiedenen Spatelnummern in natürlicher Grösse. Nr. 1 ist für grössere Kinder, während Nr. 2—4 für Erwachsene bestimmt sind.

Um den Nasenrachenraum meinem Auge zugänglich zu machen, bediene ich mich neben dem Spatel noch eines Rachenspiegels und zwar der Nr. 0—2. Ich gebrauche niemals einen Haken zum Abziehen des Gaumensegels; man bedarf desselben nicht und den Kranken ist er wahrlich nicht angenehm. Ich komme später darauf noch zurück.

Jeder, der den Rachenraum mit Spatel und Spiegel zu untersuchen sich einmal bemüht hat, muss die Beobachtung gemacht haben, dass die Rachengebilde der einzelnen Menschen

eine verschieden hohe Empfindlichkeit gegen Berührung, Zug, Druck u. dgl. besitzen. Noch Niemand aber hat sich meines Wissens die Mühe gegeben zu untersuchen, aus welchen Gründen derartige Verhältnisse sich finden und finden müssen. Noch Niemand auch hat versucht, auf dem natürlichen Wege dieses abnorme und der Untersuchung sehr hinderliche Verhalten zu beseitigen. Fast Jeder aber hat wenigstens ein Instrument erfunden oder nacherfunden, um die widerspänstige Muskulatur des Pharynx zu bezwingen.

Erst neuestens plaidirt Voltolini[1]) mit vielem Eifer für die Anwendung eines Gaumenhakens, da „das Gaumensegel einen kräftigen, handfesten Zug mit einem massiven, schwerfälligen Spatel, welcher bis an die Choanen, d. i. bis an den Ansatz des Velum am harten Gaumen hinaufreicht, leichter verträgt, als einen gelinden Reiz und einen Zug, welcher blos das Gaumensegel für sich erfasst“. Durch dieses Verfahren gelange man „immer, selbst bei Kindern, sofort zum Ziele und zwar ohne alle Umständlichkeiten und diffizile Manoeuvers“.

Ich habe mir den besprochenen Haken von E. Pischel in Breslau kommen lassen und habe denselben vorschriftsmässig angewendet, nämlich: „mit dem Zeigefinger der linken Hand drückt man kräftig die Zunge des Patienten hinunter und nun geht man schnell mit dem Haken ganz dreist und ohne alle Umstände und Vorbereitungen hinter das Gaumensegel hoch hinauf bis an die Choanen und zieht jenes kräftig nach aussen.“

Voltolini fügt hinzu, dass er noch keinen Patienten gefunden habe, welcher das Anlegen des Hakens nicht vertragen hätte. Anders verhielte es sich mit dem Hervorziehen des Gaumensegels. „In den meisten Fällen kann man sofort hinter das Velum gelangen, nur in einzelnen Fällen kontrahirt sich dasselbe schon beim Hinabdrücken der Zunge so stark, dass es an der hinteren Rachenwand liegen bleibt. In solchem Falle geht man dreist mit dem Haken an die hintere Rachenwand und lasse ihn hier ruhig gleichsam auf der Lauer liegen, bis das Velum Miene macht, sich zu lüften — was in der Regel bald geschieht — dann dringe man schnell mit dem Haken hinter dasselbe. Will man nicht auf diese Erschlaffung des

[1]) Die Rhinoskopie und Pharyngoskopie für Spezialisten, Chirurgen und praktische Aerzte dargestellt. Breslau. Morgenstern. 2. Auflage 1879. Seite 10 u. ff.

Velum warten, so kann man auch mit Gewalt hinter dasselbe dringen, und gelingt es dann auch unschwer, den Haken hinaufzubringen — nur hüte man sich dabei vor Verletzung der Schleimhaut und verfahre also dabei etwas vorsichtig! In den meisten Fällen kann man das Gaumensegel beliebig stark nach aussen ziehen, ja in manchen Fällen erschrickt man gleichsam darüber, wie das Velum dem Zuge folgt, als wollte es mit sammt dem Spatel zum Munde herauskommen und wie Gummi dehnt es sich lang nach aussen. Will aber das Gaumensegel nicht sofort dem Zuge folgen, so kann man dies zwar auch oft mit Gewalt erzwingen, besser ist aber dies nicht zu thun, sondern zu warten, bis das Velum erschlafft und dann gradatim dem Zuge folgt, oder man sucht es durch physiologische Manöver zu erzielen. Hierzu eignet sich ganz besonders, dass man dem Kranken aufgibt — sit venia verbo — eine Riechbewegung zu machen, als wenn er einen riechbaren Stoff kräftig durch die Nase einziehen wollte, und diese Bewegung kann man in Pausen, absatzweise wiederholen lassen; mit jeder solchen neuen Riechbewegung rückt das Velum dann gradatim nach aussen. Alles dieses geschieht selbstverständlich, während der Haken hinter dem Velum liegen bleibt und seinen Zug nach aussen immer allmälig fortsetzt und verstärkt. Man lasse sich nur durch etwa anfangs auftretende Würgbewegungen durchaus nicht irre machen und lasse den Haken ruhig liegen. — Der Sturm beruhigt sich bald, indem man mit Ernst oder Freundlichkeit dem Patienten zuredet. Statt jener Riechbewegung kann man auch „on“ sagen oder eine Schlingbewegung machen lassen, die der Patient bei offenem Munde zwar nicht ausführen kann, es kommt aber nur auf die Intention an; diese genügt.“

Ich habe die Beschreibung des Verfahrens so ausführlich mitgetheilt, damit mir nicht der Vorwurf, etwas aus dem Zusammenhang herausgerissen zu haben, gemacht werden kann.

Zum Gebrauche des Gaumenhakens benöthigt man auch eines eigenst konstruirten Zungenspatels, will man den Nasenraum spekuliren. Ich liess mir also zu gleicher Zeit mit dem Gaumenhaken auch den von Voltolini modifizirten Zungenspatel [1])

---

[1]) a. a. O. Seite 20 u. ff.

kommen. „Er hat am Unterkiefer seinen Stützpunkt und man kann mittelst des Sperrhakens beliebig stark die Zunge herabdrücken und schnell auch wieder befreien durch Lösung des Sperrhakens. Der eigentliche Spatel kann sofort herausgezogen werden, wenn man auf den Sperrhaken drückt, so dass man für verschiedene Personen, für Kinder oder Erwachsene, einen anderen Spatel einschieben kann — lang oder kurz, wie man ihn nöthig hat.“

Was nun den Gaumenhaken anbelangt, so ist dessen Anwendung keineswegs so wenig unangenehm, wie es Voltolini darzustellen beliebt. Wehren sich Herren schon energisch gegen dessen Applikation, so sind Damen schon gar nicht zu einer abermaligen Gestattung der Anwendung der „rohen“ Untersuchungsmethode zu bewegen.

Voltolini legt nun aber auch ein grosses Gewicht darauf, bei einer einmaligen Konsultation, z. B. von Durchreisenden, eine bestimmte Diagnose stellen zu können, wenn auch eine Untersuchung des Nasenrachenraumes in der gewöhnlichen, einfachen Weise nicht ermöglicht werden könne. In solchen Fällen mag, wenn es für nothwendig und zweckdienlich gehalten wird, der Gaumenhaken seine Anwendung erfahren.

Ich selbst benutze alsdann lieber den Zeigefinger der linken Hand, mit welcher Methode ich alles Wissenswerthe zur Abrundung der Diagnose eruiren kann. Gehört die Untersuchung des Nasenrachenraumes mittelst des Fingers auch keineswegs zu den angenehmen Prozeduren, so macht sie dem Patienten doch nicht so viele Beschwerden, wie die Applikation des Gaumenhakens, der doch manchmal nicht „sofort“ zum Ziele führt.

Voltolini[1]) bemerkt nicht mit Unrecht, dass es „nicht immer leicht sei, sofort mit dem Finger hinter das Gaumensegel zu gelangen“. Für solche Fälle empfiehlt er seinen Gaumenhaken, „mit welchem man erst das Gaumensegel von der hinteren Rachenwand abzieht und dann schnell mit dem Finger hinter dasselbe hinaufdringt“. Ich für meine Person glaube, dass man in solchen schwierigen Fällen mindestens ebenso rasch und leicht den Finger wie den Gaumenhaken hinter das Velum

[1]) a. a. O. Seite 156.

hinaufzubringen vermag; sicherlich wird man mit dem Finger viel weniger leicht Verletzungen hervorbringen, als mit dem Gaumenhaken!

Ich sagte oben, dass der Gaumenhaken zur Untersuchung des Nasenrachenraumes überhaupt nicht nöthig sei. Um dies zu erweisen, muss ich auf die Ursachen der meist schwierigen Untersuchung jener Höhle, mittelst Spiegel vom Rachen aus, eingehen.

Fast jeder Mensch leidet an einer chronisch-katarrhalischen Affektion der Schleimhaut der Rachenorgane und zwar fast ausnahmslos auf der Basis der sog. Pharyngitis granulosa. Je höhere Entwickelung nun diese Erkrankung aufweist, und je sensibeler das betreffende Individuum überhaupt ist, desto schwieriger wird die Spekulirung des Rachens sich gestalten.

Sind die Seitentheile des Rachens, insbesondere die Gegend hinter den Mandeln stark affizirt, d. h. stark gewulstet und geröthet, sind die Gaumenbögen durch den stets weiter sich ausdehnenden Katarrh schon in den Bezirk der Schwellung einbezogen, so genügt oft schon ein einfaches Hervorstrecken der Zunge, um heftige Würgbewegungen hervorzurufen. Denselben Effekt erzielt man in solchem Falle auch durch Niederdrücken der Zunge, wenn es auch noch so langsam und stetig geschieht. Denn hierdurch werden die geschwellten Gaumenbögen und die im Zustande der Entzündung befindlichen Seitentheile des Rachens erheblich gezerrt. Nicht zu übersehen ist hierbei auch die meist durch starke Röthe und Schwellung ausgezeichnete Uebergangsfalte des vorderen Gaumenbogens in die Schleimhaut der Zunge, an welcher Stelle die Follikel auch stark entwickelt sind. Kann man doch durch direkte Reizung dieser Stelle mittelst einer Sonde sehr leicht Würgbewegungen hervorrufen.

Diese durch die chronisch-katarrhalische Affektion der Rachenschleimhaut hervorgerufene übergrosse Empfindlichkeit bei der Einführung von Instrumenten in den Mund und Rachen muss vermindert werden. Alsdann wird man auch mit Leichtigkeit den Nasenrachenraum untersuchen, ja sogar die Choanen vollkommen ausreichend zu Gesicht bekommen können.

Am leichtesten wird die Hyperästhesie der Rachenschleimhaut durch zweckentsprechende Behandlung des chronischen Rachenkatarrhes, der Grundursache der ersteren, herabgestimmt, ja beseitigt.

Ich habe gefunden, dass Pinselungen der gesammten Rachenschleimhaut mit Jodglycerin am raschesten zum Ziele führen. Ich habe drei verschiedene Mischungen, die ich mit Nr. I, II und III bezeichne. Die Zusammensetzung ist folgende:

	Nr. I	Nr. II	Nr. III
Jodi puri	0·5	0·75	1·0
Kalii jodati	2·5	3·75	5·0
Glycerini	25·0	25·0	25·0

Ich fange fast stets mit Nr. I an, und sehe am dritten Tage nach dem Erfolge. Wurde das Brennen nach der Pinselung nicht länger als bis zu drei Stunden empfunden und ist die Hyperästhesie noch nicht beseitigt, so pinsele ich meist mit Nr. II; ist der Rachenkatarrh mässiger Art, so genügt Nr. I. Im Durchschnitte bedarf es dreier Pinselungen. Die dritte findet nach einem überschlagenen, also wieder am dritten Tage statt. Je nach der Intensität des Rachenkatarrhes nehme ich Nr. III; meist genügt aber Nr. II. Nach der dritten Pinselung, besonders wenn man Nr. III genommen hatte, ist es vortheilhaft, bis zum vierten Tage mit jeder weiteren Ordination zu warten. Bis dahin ist auch die reaktive Reizung der Schleimhaut geschwunden, und in den allermeisten Fällen kann ich alsdann die Spekulirung des Nasenrachenraumes in der wünschenswerthen Weise vornehmen. Manchmal ist schon nach einer einzigen Pinselung die übergrosse Empfindlichkeit der Rachenschleimhaut so weit herabgesetzt, dass ich zu dem erstrebten Ziele gelange.

Selbstredend muss, soll Alles nach Wunsch gehen, das Rauchen strikte untersagt werden; dasselbe gilt von dem Genuss scharf gewürzter, sowie sehr sauerer Speisen. Auch Bier und Spirituosen müssen ihres unliebsamen Einflusses wegen verboten werden.

Bei der Untersuchung selbst ist ein Haupterforderniss guten Gelingens, dass der Kranke den Mund gehörig öffnet und während der Untersuchung auch so unverändert geöffnet hält; dann last not least, dass er schon, bevor der Spatel in den weit geöffneten Mund eingeführt wird, ruhig und gleichmässig durch den Mund athmet.

Die meisten Menschen geniren sich auszuathmen; bei blossem Einathmen kann natürlich die Spekulirung des Nasenrachenraumes nicht gelingen. Auch wird dieselbe sehr erschwert,

wenn der Kranke, bevor der Spatel die Zunge niederdrückt, durch die Nase athmet; in solchem Falle muss der Spatel die Zunge vom Gaumen entfernen, und dieser Eingriff ruft sehr leicht eine Unterbrechung der Athmung sowie auch einen direkten Reiz an der Gaumenschleimhaut und dadurch Würgbewegung hervor. Ist der Kranke so ungeschickt, nicht von selbst durch den Mund athmen zu können, was übrigens nicht selten vorkommt, so muss man ihm, bevor der Spatel in den Mund eingeführt wird, die Nase zuhalten und dies so lange fortsetzen, bis er ruhig und gleichmässig durch den Mund athmet.

Von Wichtigkeit natürlich ist auch die Haltung des Spatels selbst. Je ruhiger derselbe liegend erhalten wird, je langsamer das Niederdrücken desselben stattfindet, desto weniger wird der Kranke belästigt und desto ruhiger natürlich wird seine Rachenmuskulatur sich verhalten. Auch die Schlingbewegungen, die meist ohne besonderes Bedürfniss geschehen, müssen untersagt werden; meist werden dieselben daraufhin sofort unterlassen; übrigens vermindert sich die Neigung zu solchen mit jeder Untersuchung.

Ich sprach bisher nur von solchen Kranken, die den wirklichen guten Willen haben, zur Untersuchung sich ruhig zu halten. Es gibt aber nicht wenige, die wohl guten Willen, aber gar keinen Muth besitzen. Sie fragen zuerst, ob die Untersuchung Schmerz bringe. Verneint man nun dies mit Ernst und Entschiedenheit, so schenken die meisten sofort Vertrauen. Eine kleine Anzahl aber hegt trotz alledem Misstrauen, weil sie glaubt, dass die Aerzte die Schmerzhaftigkeit dieser oder jener Operation oder Manipulation, die gerade vorzunehmen ist, zumeist leugnen, ohne der Wirklichkeit Rechnung zu tragen. [1]) Es bedarf in solchen Fällen vieler Geduld und ruhigen Blutes, um zum Ziele zu gelangen. Diese, dem Arzte den Beruf erschwerenden Kranken gestatten nie die Anwendung des Voltolini'schen Gaumenhakens.

[1]) Es ist sehr bedauerlich, wenn das Publikum bezüglich der hier angezogenen Frage der Wahrhaftigkeit der Aerzte nicht mehr Vertrauen schenkt; denn es kostet schwere Kämpfe, solches Misstrauen wieder zu beseitigen. Darum verhehle ich niemals, ob die Operation oder Manipulation, die ich vornehmen will, schmerzhaft, empfindlich oder nur unangenehm ist, wobei allerdings nicht ausser Acht zu lassen ist, dass die verschiedenen Individuen auf die einzelnen Eingriffe verschieden reagiren; mag es eine üble Ausnahme sein, in solcher Weise einem Feiglinge nicht helfen zu können; ein grösseres Uebel ist doch wohl die Förderung des Misstrauens in die Wahrhaftigkeit des Arztes.

Bezüglich des Pinsels habe ich zu bemerken, dass ich Haarpinsel an starkem Draht [1]), den ich in einen Griff, wie ich solche zu den Rachenspiegeln [1]) gleichfalls benutze, einschrauben kann. Die Befestigungsstelle der Haare ist mit vulkanisirtem Gummi überzogen. Dicht hinter diesem Ueberzug gebe ich dem Drahte eine leichte Krümmung oder Abbiegung, so dass ich mit dem Pinsel bequem in den oberen Rachenraum gelangen kann. Ich lege ein Hauptgewicht darauf, dass bei Pinselungen der Rachenhöhle nicht nur der direkt sichtbare Theil getroffen wird, sondern besonders auch die obere Hälfte derselben. Wenn man nur geradeaus pinselt, so trifft man die Seitentheile, die doch die empfindlichsten sind, am allerwenigsten; sicherlich aber bleibt die Hinterfläche des Gaumensegels unberührt.

Hatte ich nun den Gaumenhaken für überflüssig befunden, so erging es mir mit dem sogenannten Voltolini'schen Zungenspatel von Ash noch schlimmer; denn ich fand denselben gar nicht brauchbar.

Bin ich gezwungen, einen Zungenspatel zu benützen, so muss derselbe auch seinen Zweck erfüllen. Der Spatel soll den Zungenrücken, respektive Zungengrund — denn dieser ist dem Untersuchenden am meisten hinderlich — hinabdrücken, damit die Besichtigung des Rachenraumes ermöglicht wird. Will man nun auch noch einen Spiegel einführen, um den Nasenrachenraum übersehen zu können, so ist ein möglichst tiefer Stand des Zungengrundes zum wenigsten erwünscht, wenn nicht erforderlich.

Dieses erreicht man aber mit dem Voltolini'schen Spatel nicht. Im Gegentheil hat die Zunge, da der Spatel nur ganz vorne an den Zähnen und am Kinn fixirt ist, reichlichen Spielraum, um die Untersuchung des Nasenrachenraumes zum mindesten erheblich zu erschweren. Der Voltolini'sche Spatel vermag in Folge seiner Konstruktion und Anwendungsweise die Zunge gar nicht dort, wo es nothwendig ist, nämlich in ihrer hinteren Hälfte niederzudrücken, und das ist der Grund seiner Unbrauchbarkeit.

Hat man wirklich einmal eine dritte Hand nöthig, so nimmt man diese am besten vom Patienten selbst. Derselbe vermag meist

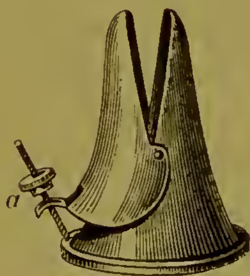
[1]) Zu beziehen von H. Reiner in Wien.

nach kurzer Instruktion den Spatel so gut zu fixiren, als ob man selbst ihn in der Hand hätte. Uebrigens kommt solches ja auch nicht allzu häufig vor, da man die meisten Operationen, die im Nasenrachenraume vorzunehmen sind, von der Nase aus zu bewerkstelligen vermag.

Ich komme jetzt zur Untersuchung der Nasenhöhle von vorne. Zu diesem Zwecke benütze ich zwei Instrumente, ein sogenanntes Nasenspekulum und eine Myrthenblattsonde.

Das Spekulum ist ein von mir modifizirtes Duplay'sches. Ich muss hier vorab bemerken, wie es auch schon anderwärts [1]) geschehen ist, dass ich nicht von dem so vielfach und fast ausschliesslich erörterten und abgebildeten Duplay spreche (Fig. 3), sondern von einem neueren Instrumente (Fig. 4), welches ein

Fig. 3.



(Verkleinert.)

Fig. 4.



(Natürl. Grösse.)

Kollege im Jahre 1876 aus Paris nach Wien mitbrachte; es war von Charrière gearbeitet. Ich versuchte das Spekulum, fand jedoch, dass die Spitze zu stumpf, auch etwas zu kurz sei. Ich liess deshalb von Reiner in Wien damals ein neues Spekulum (Fig. 5) anfertigen. Es war durchaus nach dem neuen Duplay [2]) gearbeitet, nur stellte es sich etwas länger und schlanker dar, welche Modifikation sich mir in der Folge als sehr zweckmässig

---

[1]) Medizin.-chirurg. Zentralblatt Nr. 1 und 2. 1880.

[2]) Es mag mir übrigens hier gestattet sein, zu bemerken, dass Voltolini (a. a. O. Seite 65) — und auch von Anderen ist es mir bekannt — das Spekulum von Robert und Collin (Leiter's Katalog 1876, Tafel XIII und XIV, Nr. 2) mit dem von Duplay, welches ich meine (Windler's Katalog 1877, I. Abthlg. X, Nr. 389), verwechselt. Voltolini zeichnet sein Duplay'sches Spekulum etwas weniger breit als Leiter in seinem Katalog. Uebrigens habe ich selbst früher das Spekulum von Robert und Collin für einen Duplay gehalten.

erwies. Ich bezeichne dieses Spekulum (Fig. 5) mit Nr. 1. Nach dem gleichen Prinzip liess ich später ein Spekulum für Kinder anfertigen (Fig. 6) und bezeichnete dieses mit Nr. 0.[1]) Beide sind aus Neusilber gefertigt. In Fig. 7 gebe ich noch die Abbildung des Voltolini'schen Spekulums. Fig. 3 und 7 sind im verkleinerten Massstabe ausgeführt, während Fig. 4, 5 und 6 in natürlicher Grösse die betreffenden Instrumente darstellen.

Das von Voltolini als Duplay'sches Spekulum bezeichnete Instrument (Fig. 3) zeigt die Schraube nach der Nasenseite hin angebracht, während dies beim wirklichen Duplay (Fig. 4) in umgekehrter Richtung der Fall ist. Hieraus ergibt sich schon an und für sich, dass das letztere Instrument bequemer

Fig. 5.



(Natürl. Grösse.)

Fig. 6.



(Natürl. Grösse.)

Fig. 7.



(Verkleinert.)

zu handhaben ist; ausserdem ist es schlanker und verjüngt sich nicht so plötzlich wie jenes. Aber es ist doch an seinem vorderen Ende noch zu dick; wenigstens gibt es sehr viele Nasen von Erwachsenen, bei denen es nicht brauchbar ist, weil die Nasenöffnungen so klein sind, dass man die Blätter des Spekulums, wenn dieses eingeführt ist, nicht oder doch nicht genügend weit von einander zu entfernen vermag, so dass ein hinreichender Einblick in die Nase nicht erlangt werden kann.

Dadurch, dass ich den Duplay'schen Spiegel an seinem vorderen Ende graziler gestaltete, musste derselbe auch noth-

[1]) Meine Nasenspekula (Fig. 5 und 6) liefert H. Reiner in Wien, IX., van Swietengasse Nr. 10, zu dem Preise von fl. 2.80 ö. W. oder Mk. 5.0 per Stück.

wendig länger werden (Fig. 5); denn sonst hätte das Spekulum, weil die Verjüngung zu rasch erfolgte, in der Nasenöffnung zu wenig Halt gefunden. In entsprechender Weise habe ich auch mein Nasenspekulum für Kinder (Fig. 6) ausführen lassen.

Ich muss hier noch rechtfertigen, dass ich meine Nasenspekula mit einer Schraube, und nicht mit einem Sperrhaken anfertigen lasse. Voltolini[1] bezeichnet die Schraube als „langweilig"; man brauche so viel Zeit dabei; ausserdem komme das Instrument während des langen Schraubens leicht aus der ihm anfangs gegebenen Stellung. Alle diese Uebelstände beseitige der Sperrhaken.

Suum cuique! Ich komme mit meiner Schraube gerade so rasch und sicher vorwärts, wie Voltolini mit seinem Sperrhaken. Es geht damit gerade so, wie mit dem Gebrauch der Stirnreflektoren. Wer mit diesen nicht umzugehen gelernt hat, resp. nicht an sie gewöhnt ist, wird nie eine Untersuchung mit ihnen machen können. Ja, wer an einen Reflektor mit Stirnband gewöhnt ist, wird schwer mit einem solchen, der an einer Brille befestigt ist, fertig werden. Aus diesem Grunde muss ich den Streit über die Zweckmässigkeit der Schraube oder des Sperrhakens an einem Nasenspekulum für einen müssigen halten. Viel zu weit aber geht Voltolini in seinem Eifer, die Vorzüge des Sperrhakens zu illustriren, wenn er sagt: „Wer ab und zu etwa einen Patienten zu untersuchen hat, für den mag die Schraube allenfalls genügen, wer aber viele Patienten zu untersuchen und in einer Stunde etwa zehn solche operiren soll, der kann sich mit der langwierigen und langweiligen Schraube nicht aufhalten." Das ist subjektiv, aber nicht objektiv gedacht.

Zu Gunsten aber der Schraube möchte ich geltend machen, dass sie den Kranken viel weniger beleidigt, als ein plötzlich einschnappender Sperrhaken. Dass die Kranken beim Oeffnen und Schliessen des Sperrhakens „erschrecken", gibt Voltolini selbst zu. Seine Behauptung, dass das Instrument mit dem Sperrhaken nicht mehr Schmerz verursachte, als ein solches mit einer Schraube, kann ich nicht theilen. Es ist doch nicht zu bestreiten, dass ein stetig wirkendes Instrument leichter ertragen wird, als ein ruckweise sich geltend

[1]) a. a. O. Seite 66.

machendes. Und jenes wird doch gewiss nur deshalb leichter ertragen, weil es weniger Schmerz hervorruft.

Für gewöhnlich gebraucht man die Nasenspekula in horizontaler Richtung, d. h. man legt das eine Blatt an die Scheidewand und das andere gegen den Nasenflügel. Ich gebrauche dieselben aber nicht selten in vertikaler Richtung, weil ich dadurch einen grösseren Raum der Nase zu gleicher Zeit übersehen kann. Uebrigens erweisen sich die Kranken gegen diese Anwendungsweise weniger empfindlich, als gegen die gewöhnliche.

Es ist hier nothwendig, der Zaufal'schen Nasentrichter noch zu gedenken. Ich kann dieselben durchaus nicht empfehlen, und warne Jeden vor deren Anschaffung: die kleinen Nummern sind zum Sehen zu enge und die grossen für die überwiegende Mehrzahl der Kranken zum Ertragen zu weit!

Es ist ganz irrig, zu glauben, es sei nothwendig zur Untersuchung der Nase von vorne, die geschwellte Schleimhaut der Muscheln und der Scheidewand bei Seite zu schieben. Finde ich solche Zustände in der Nase vor, so weiss ich sofort, dass ich einen chronischen Nasenkatarrh — wegen eines akuten Katarrhes pflegen die Menschen sich nicht in ärztliche Behandlung zu begeben — vor mir habe; und darnach habe ich sodann meine Behandlung einzurichten. So halte ich es also für gänzlich überflüssig, sogleich alle Winkel der Nasenhöhle untersuchen zu wollen; denn man findet überall dasselbe: Schwellung und Sekret. Ausgebildete Polypen verbergen sich selten hinter den Schwellungen der Nasenschleimhaut; wenn solches wirklich einmal stattfindet, so wird nichts versäumt, wenn deren Beseitigung erst nach Abschwellung der Schleimhaut stattfindet. Liegen besondere Gründe (Fremdkörper, spezifische Prozesse etc.) zu einer eingehenden Untersuchung der Nasenhöhle gleich in der ersten Sitzung vor, so erreicht man seinen Zweck mit einer einfachen Myrthenblattsonde viel eher, als mit den Zaufal'schen Trichtern.[1])

Den Nasenrachenraum von vorne vermittelst der Zaufal'schen Trichter behufs Stellung einer Diagnose untersuchen

[1]) Das von den Zaufal'schen Trichtern Gesagte kann auch auf die neuestens von Justi empfohlenen Quellmeissel (Wiener medizin. Wochenschrift Nr. 29, 1880) bezogen werden. Sie belästigen ungemein, sind sehr schmerzhaft und zudem auch überflüssig.

zu wollen, hat gar keinen Zweck, da man durch die Trichter hindurch keineswegs einen sicheren Blick hat; auch ist der Raum, welcher übersehen werden kann, zu klein.

Will man aber in einem geeigneten Falle physiologische Untersuchungen anstellen, so mögen die Trichter noch am ehesten Verwendung finden können; allein auch hier dürfte das von Voltolini[1]) modifizirte Brunton'sche Instrument vorzuziehen sein.

[1]) a. a. O. Seite 80 u. ff.

III. Aetiologie.

A. Chronischer Nasenkatarrh.

Nach Fränkel[1]) findet ein Uebergang „einer akuten Rhinitis in eine subakute und chronische in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur bei dyskrasischen Personen statt. Namentlich Skrophulose und Syphilis seien geeignet, diesen Uebergang zu vermitteln".

Stoerk[2]) spricht sich zwar ähnlich, doch nicht ganz in diesem Sinne aus: „Der chronische Nasenkatarrh verdankt sehr häufig seine Entstehung dem immer rezidivirenden akuten Katarrhe, oder er entwickelt sich auf Grundlage konstitutioneller Erkrankungen, wie der Syphilis, Skrophulose u. s. w."

Kohts[3]) rechnet zu den „prädisponirenden Momenten für die chronische Koryza und namentlich für die Ozaena, die Skrophulose, die konstitutionelle Syphilis und den chronischen Rotz".

Alle drei Autoren stimmen noch darin überein, dass Fremdkörper, Polypen, wie überhaupt Tumoren in der Nase einen chronischen Katarrh der letzteren hervorzurufen geeignet seien.

Unzweifelhaft erscheint es auch mir, dass ein chronischer Nasenkatarrh aus einem akuten durch häufige Rezidive hervorgehen kann. Es ist auch sicher, dass skrophulös angelegte

---

[1]) In Ziemssen, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie IV. 1. Leipzig, Vogel, 1876. Seite 125 u. ff.

[2]) Klinik der Krankheiten des Kehlkopfes, der Nase und des Rachens. Stuttgart, Enke, 1880. Seite 88.

[3]) In Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten III. 2. Tübingen, Laupp, 1878. Seite 23

Individuen zu solchen Vorgängen viel mehr geneigt sind, als andere. Dahingegen möchte ich auch darauf aufmerksam machen, dass man bei Kindern sehr häufig einem chronischen Nasenkatarrhe begegnet, der sozusagen von vornherein chronisch auftrat, d. h. vom ersten Auftreten des Schnupfens an — eine akute Koryza als Anfang wird in solchen Fällen stets geleugnet — vermehrte sich die Absonderung aus der Nase stetig, wurde immer konsistenter und füllte schliesslich die Nase als Borken aus. Bei dieser Form des chronischen Katarrhes habe ich stets Skrophulose zur Grundlage gefunden.

Dass aber Syphilis zu chronischem Nasenkatarrhe geneigt mache oder zu den prädisponirenden Ursachen desselben gehöre, bestreite ich durchaus. Ich behaupte vielmehr, dass die Syphilis nur in schon katarrhalisch affizirten Nasen sich lokalisire. Es treten ja bekanntlich die sekundären und tertiären Erscheinungen bei Syphilis am ehesten an solchen Orten zu Tage, an denen schon ein gewisser Reizzustand besteht, wie z. B. die Gummata auf den Schultern der Lastträger. Ich kann sagen, dass alle mit syphilitischen Erscheinungen in der Nase Behafteten auf Befragen fast ausnahmslos angeben, dass sie schon seit längerer oder kürzerer Zeit an zeitweise verschlossener Nase, an vermehrter Absonderung aus derselben etc. leiden. Ich glaube, dass Jeder, der sein Augenmerk auf diesen Gegenstand richtet, mit Leichtigkeit die gleichen Verhältnisse zu konstatiren im Stande ist.

Die Nasenpolypen vermag ich auch nicht zu den Ursachen des chronischen Nasenkatarrhes zu zählen. Denn ein Polyp ist entschieden ein Reizungsprodukt. Warum man bei dem einen Menschen im Gefolge eines chronischen Nasenkatarrhes Polypen, bei dem anderen starke (polypöse) Wulstungen findet, ist bis heute noch nicht aufgeklärt. Vielleicht spielen bei der Polypenbildung gewisse abnorme Vorsprünge des knöchernen Gerüstes insofern eine entscheidende Rolle, als die dieselben überziehende Schleimhaut in Folge eines chronischen Nasenkatarrhes viel eher in einen besonderen irritativen Zustand versetzt wird.

Was für meine Auffassung der Entstehung von Nasenpolypen zu sprechen scheint, ist der Umstand, dass nach Beseitigung der vorhandenen Polypen der Nasenkatarrh doch

nicht ohne weitere Medikation schwindet. Ausserdem habe ich des Oefteren schon beobachtet, dass die Polypen einseitig vorhanden waren, während sich in beiden Nasenhälften ein chronischer Katarrh von ziemlich gleicher Intensität vorfand.

Ich bezweifle die Richtigkeit der Fränkel'schen Behauptung, dass „eine chronische Entzündung der Schleimhaut häufig bei tieferen Läsionen der Nasenhöhle angetroffen" werde. Unter „tieferen Läsionen" sind Karies und Ulzerationen gemeint, und zwar auf nicht syphilitischer Basis. Da Fränkel vom chronischen Nasenkatarrhe spricht, so kann er hier nicht eine zirkumskripte Entzündung meinen.

Was primäre, nicht syphilitische Ulzerationen in der Nasenhöhle betrifft, so bezweifle ich auch deren Vorkommen. Wohl treten im Gefolge eines akuten, eines chronischen Nasenkatarrhes Erosionen, sogar Ulzerationen in der Nase auf; sie sind hervorgerufen durch das scharfe Sekret, durch Jucken oder Kratzen mit dem Fingernagel; sie können aber nur als sekundäre Vorkommnisse bezeichnet werden; sie heilen auch mit Wegfall ihrer Ursache ohne Weiteres.

Nasenkatarrhe, die in Folge eingeführter und nicht extrahirter Fremdkörper entstehen, sind gleichseitig mit diesen letzteren.

Karies der Knochen der Nasenhöhle habe ich noch nicht beobachtet. Ich möchte aber trotzdem annehmen, dass, wenn sie vorkommt, sie eher eine Folge, als eine Ursache des chronischen Nasenkatarrhes ist.

Als ein nicht zu unterschätzendes ätiologisches Moment für die Entwickelung eines chronischen Nasenkatarrhes betrachte ich vieles Rauchen, insbesondere das Durchblasen des Rauches durch die Nase, dann auch rauchige Atmosphäre überhaupt.

Ferner wirken befördernd ein sehr warme Zimmerluft (durch Erschlaffung der Schleimhaut), sowie eine mit irritirenden Partikelchen, wie z. B. Mahagonistaub, geschwängerte Luft

Der bedeutendste Förderer eines chronischen Nasenkatarrhes aber ist entschieden die gewohnheitsmässige Anwendung des Schnupftabaks. Er wird meist mit dem Vorgeben angewendet, sich in der Nase Luft zu verschaffen. Es liegt also meist schon ein chronischer Nasenkatarrh vor, dessen hervorstechendstes Symptom, der Nasenverschluss, durch Schnupf-

tabak gehoben werden soll. Damit geht's aber gerade wie mit dem Kratzen, welches als Heilmittel gegen das Jucken angewendet wird.

Wer mit gesunder Nase priesst, weil es ihm eine Passion zu sein dünkt, wird in kurzer Zeit durch den beständigen Reiz, welchen der Schnupftabak auf die Nasenschleimhaut ausübt, einen chronischen Nasenkatarrh auf diesem künstlichen Wege sich erwerben. Fort also mit dem Schnupftabak!

Ob nicht gewisse Anomalien des Gerüstes der Nasenhöhle in ätiologischer Beziehung prädisponirend auf einen chronischen Nasenkatarrh zu wirken im Stande sind, möchte ich vorerst noch nicht entscheiden. Es wäre aber sehr wohl denkbar, dass, wenn die Nasenhöhle durch den Bau ihres Gerüstes abnorme Enge auf der einen Seite aufweist, die Schleimhaut der Muscheln durch das gewohnheitsmässige, durch die Enge der einen Höhle aber in seiner Wirkung verstärkte Schnauben der Nase sehr rasch eine Lockerung ihres Gewebes, vorzüglich auf der erweiterten Seite, erfahren wird. In erster Linie mag dieselbe wohl durch die Stauung, die sich in Folge des durch das unangenehme Gefühl der Engigkeit der einen Nasenseite bedingten stärkeren und öfteren Schnaubens der Nase im Gefässsystem und somit auch in dem Schwellnetz der Muscheln einstellt, bedingt werden; in zweiter Linie kommt jedenfalls die Schleuderbewegung, welche die durch den ersteren Vorgang etwas voluminöser gewordene Schleimhaut durch den von den Choanen aus stossweise wirkenden, unter hohem Luftdrucke stehenden Luftstrom, insbesondere auf der erweiterten Nasenseite, erfährt, in Betracht.

Dass ein solcher Vorgang in der Nase zu den Möglichkeiten gehört, kann man bei schon bestehendem Katarrhe, insbesondere bei dem akuten Schnupfen, sehr leicht feststellen. Das Schnauben der Nase in solchem Falle gewährt nämlich keineswegs eine Erleichterung, sondern erhöht vielmehr stets den Verschluss der Nase. Dahingegen kann man beobachten, dass bei heftigem Einziehen der Luft durch die Nase, vorzugsweise wenn man die eine Seite der Nase mit dem Finger verschliesst, die Nase freier wird und zugleich Sekret in den Nasenrachenraum gelangt. Dieser Wirkung liegt eine Aspiration des Blutes zu Grunde, wodurch das Schwellnetz der Muschel mehr oder weniger entleert wird. Ausserdem mag der kalte Luftstrom

auch noch eine zusammenziehende Wirkung auf die Schleimhaut der Muscheln ausüben.

Einfluss auf die Entstehung eines Nasenkatarrhes üben ohne Zweifel auch Hypertrophie der sogenannten Rachentonsille, sowie der Gaumenmandeln, wenn sie so hochgradig ist, dass der Nasenluftweg sozusagen verlegt ist. Dadurch, dass kein Luftstrom die Nase mehr zu passiren vermag, lockert sich die Schleimhaut von selbst, die Sekretion nimmt zu, so dass man in späteren Stadien nicht mehr zu unterscheiden vermag, ob wirklich jene Hypertrophie als die Hauptursache des Nasenkatarrhes verantwortlich zu machen sei.

B. Chronischer Rachenkatarrh.

Wendt[1]) unterscheidet einen chronischen Retronasal- und einen chronischen Rachen-Katarrh, doch beschreibt er die Ursachen für beide in gleicher Weise: Darnach geht der chronische Katarrh aus dem akuten in direktem Anschluss oder unter Vermittlung der leicht und auf geringfügige Veranlassungen eintretenden Rezidive desselben — das Erstere scheine u. A. in manchen Fällen nach akuten Exanthemen, das Letztere durch Erkältungen vorzukommen — hervor; oder er entstehe allmälig unter dem Einflusse oftmals oder dauernd einwirkender Schädlichkeiten, wie atmosphärischer Einflüsse, chemischer und mechanischer Reize, Ueberanstrengung der Theile oder in Folge von andauernden oder oft wiederkehrenden zirkulatorischen Störungen, insbesondere der venösen Stauung aus den verschiedensten Ursachen. Endlich seien ungünstige konstitutionelle Verhältnisse, vor Allem Tuberkulose, Skrophulose, Syphilis als Ursachen chronischer Katarrhe zu bezeichnen.

Stoerk[2]) sagt, wir seien selten in der Lage, die Annahme, der chronische Rachenkatarrh entstehe meistens durch häufiges Rezidiviren des akuten, beweisen zu können. „Die häufigste Veranlassung des chronischen Katarrhes bilden immer wiederkehrende mechanische oder chemische Reize; so sind es bei Trinkern der Alkohol und die Kohlensäure, bei Rauchern theils die Hitze und das Nikotin, theils der Rauch und die kontinuirliche Saugbewegung und bei Sprechern die forcirte Sekretion der Schleimdrüschen, welche die chronisch-katarrhalische Entzündung bedingen. Auch der häufige Genuss stark

[1]) In Ziemssen, Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie VII. 1. Leipzig, Vogel, 1874. Seite 273, u. f. sowie Seite 282.

[2]) a. a. O. Seite 110 und 114.

gewürzter Speisen kann als ätiologisches Moment angeführt werden."

Von der Pharyngitis granulosa sagt er, sie komme in der Regel bei Individuen mit sehr zarter, magerer Schleimhaut vor: doch habe er in Fällen, wo eine besondere Schädlichkeit, wie übermässiger Genuss scharfer Getränke und Speisen und namentlich starken Tabaks als Ursache der Erkrankung konstatirt werden konnte, dieselbe auch bei wohlgenährten, kräftigen Individuen mit saftiger Schleimhaut angetroffen. Zu diesen ätiologischen Momenten gehöre noch das Erschöpftsein der Speichel- und der Schleimsekretion, wie dies insbesondere durch übermässiges Sprechen bei Rednern, Schauspielern, Sängern und am häufigsten bei schlecht ernährten geschwätzigen Frauen vorkomme. Träfen derartige Schädlichkeiten eine magere, blasse Schleimhaut, so vermöchten sie schon bei viel geringerer Intensität solche Krankheitszustände hervorzurufen.

Kohts[1]) gibt zu, dass der akute Rachenkatarrh chronisch werden könne, oder der letztere entwickele sich allmälig unter dem Einfluss konstitutioneller Erkrankungen, wie Skrophulose, Tuberkulose, ferner bei syphilitischen und anämischen Individuen, endlich im Verlaufe von Erkrankungen der Respirationsorgane.

Mackenzie[2]) nennt hauptsächlich drei für die Entstehung der chronischen Pharyngitis wichtige Ursachen: „1. Konstitutionelle, hauptsächlich skrophulöse Beanlagung, 2. Ueberanstrengung der Stimme, 3. Erkältungen." Letztere produzirten zwar das Leiden am unmittelbarsten, seien aber durchaus nicht die Hauptquelle desselben.

Ausserdem könnten Reize der verschiedensten Art, welche eine schon vorher angegriffene Schleimhaut träfen, die Erkrankung des Follikelapparates veranlassen. Es sei wohl möglich, dass bei einzelnen Personen exzessives Rauchen eine Kongestion der Pharynxschleimhaut produzire und bisweilen zur Verschliessung der Follikelmündungen führen könne; häufiger aber führe der Missbrauch des Tabaks zu einfacher chronischer Angina. Er kenne auch viele Fälle von granulärer Pharyngitis, in welchen nicht, wie vielfach behauptet würde, verdorbene Luft, irritirende

[1]) In Gerhardt, Handbuch der Kinderkrankheiten IV. 2. Tübingen, Laupp, 1880. Seite 135.

[2]) Die Krankheiten des Halses und der Nase. Uebersetzt von Felix Semon. I. Bd. Berlin, Hirschwald, 1880. Seite 41 u. ff.

Substanzen in Gas- oder Pulverform als Krankheitsursache hätten herangezogen werden können.

Die Pharyngitis granulosa erklärt Wendt als etwas sehr gewöhnliches beim chronischen Rachenkatarrhe. Hierin pflichte ich ihm unbedingt bei, doch komme ich darauf später noch ausführlich zu sprechen.

Wendt[1]) beschreibt noch als gesonderte Erkrankungen des Rachenraumes einen hyperplastischen (Hypertrophie) und einen rarefizirenden, trockenen (Atrophie) Katarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens. In ätiologischer Beziehung sagt er von dem ersteren, dass im Laufe chronischer Ernährungsstörungen der Schleimhaut es häufig zu hyperplastischen, durch Vermehrung der normalen Gewebselemente, durch Volumenzunahme und Veränderungen in der Gestaltung der betroffenen Theile bezeichneten Vorgängen komme, welche in Bezug auf das kytogene Lager manche Eigenthümlichkeiten darböten. Es handelt sich also hier hauptsächlich um die sog. Rachentonsille, resp. deren Hypertrophie. Mir erscheint Wendt's Aetiologie in Bezug auf diese Erkrankung durchaus unzutreffend. Ich kann mir nicht denken, dass „chronische Ernährungsstörungen der Schleimhaut" zu einer Hypertrophie der Rachentonsille führen können. Ich halte dafür, dass dieser letztere Zustand nicht erworben wird, sondern angeboren ist, resp. dass die Rachentonsille nach der Geburt in vielen Fällen in ihrem Wachsthum nicht nur nicht zurückbleibt, sondern vielleicht noch fortschreitet. Es wäre nicht undenkbar, dass sich derartige Zustände besonders dann geltend machten, wenn gerade eine Disposition zu Nasen- und Rachen-Katarrhen vorläge.

In Bezug auf den rarefizirenden Katarrh sagt Wendt, dass häufig, meist in vorgerücktem Alter, doch auch bei jugendlichen Individuen, oft bei Dekrepiden, bei durch erschöpfende Krankheiten Herabgekommenen, aber auch oft bei vollkommen Gesunden, die bis dahin normale oder chronisch erkrankt gewesene Auskleidung der Rachenhöhle ein Verhalten gewinne, welches auf eine verminderte Ernährung hinweise. Hier haben wir also die Pharyngitis sicca vor uns. Die ätiologischen

---

[1]) a. a. O. Seite 305 u. ff. — Uebrigens spricht Wendt auch schon Seite 274 u. f. von einer Hypertrophie und Atrophie der Rachenschleimhaut bei Gelegenheit des Retronasalkatarrhes, und sagt, dass jene beide „meist im Verlaufe des chronischen Katarrhes" einträten.

Momente, die Wendt uns in Bezug hierauf bietet, deuten klar an, dass auch er nichts Bestimmtes darüber weiss.

Die oben mitgetheilte Stoerk'sche Aetiologie des chronischen Rachenkatarrhes halte ich für die zutreffendste, wenn ich auch seine Trennung der Pharyngitis granulosa von diesem nicht als berechtigt anerkennen kann. Auch erörtert er, gleich den übrigen Autoren, gar nicht die Frage der Erblichkeit in Bezug auf den chronischen Rachenkatarrh. Nur Mackenzie[1]) erwähnt vorübergehend, dass nach Green, dessen Werk mir leider nicht zugänglich ist, erbliche Einflüsse eine bedeutende ursächliche Rolle spielten.

Wenn Mackenzie[2]) aus der Thatsache, dass ein bedeutender Bruchtheil der ihm bekannt gewordenen Fälle von chronischem Rachenkatarrhe sich bei Predigern, Sängern, Schauspielern etc. vorgefunden habe, den Schluss zieht, dass als die hauptsächlichste der unmittelbaren Erkrankungsursachen an chronischem Rachenkatarrhe Ueberanstrengung der Stimme anzusehen sei, so irrt er meines Erachtens. Hier gilt nicht: post hoc, ergo propter hoc! Die benannten Berufsklassen weisen vielmehr deshalb so viel Rachenkatarrhe auf, weil sie früher als andere Menschen durch die Folgen ihrer Erkrankung in ihrem Berufe behindert werden und deshalb auch früher und in relativ grösserer Zahl als diese einer ärztlichen Behandlung sich unterziehen. In dieser Beziehung äusserte ich mich nach dem Vorgange von Stoerk[3]) schon in ähnlicher Weise an anderem Orte.[4])

Ich habe im Vorhergehenden im Vorbeigehen schon angedeutet, dass ich eine Eintheilung, welche mehrere Arten von Rachenkatarrhen beschreibt, nicht als geeignet ansehen könne. Ich glaube, dass es am richtigsten ist, wenn man nur von einem einzigen chronischen Rachenkatarrhe spricht. Ich stimme mit Wendt, wie ich oben schon sagte, vollkommen überein, dass die Pharyngitis granulosa beim Rachenkatarrhe ein sehr gewöhnliches Vorkommniss sei. Ich habe noch keinen chronischen Rachenkatarrh gesehen, ohne dass die Schleimhaut des unteren Rachenabschnittes mehr oder minder stark granulirt

---

[1]) a. a. O. Seite 42.
[2]) a. a. O. Seite 43.
[3]) Der Schleimhautriss. Sep.-Abdruck aus Virchow's Archiv. Bd. 69. (Seite 9 d. S.-A.)
[4]) Ueber den Husten. Frankfurt a. M., J. Alt, 1879. Seite 17 u. f.

gewesen wäre. Wohl ist es mir manchmal vorgekommen, dass ein chronischer Rachenkatarrh anfänglich ein sog. reiner zu sein schien; aber meistens genügten schon 2–3 Pinselungen mit Jodglycerin, um vollkommen deutliche Granula, manchmal überraschend viele, hervortreten zu lassen. Der Vorgang ist ein sehr einfacher, wenn man bedenkt, dass die im allgemeinen geschwellte und geröthete Schleimhaut durch die Pinselungen mit Jodglycerin zu einem normaleren Verhalten zurückgeführt wird, während die Granula zu einer derartigen Rückbildung sich nicht geeignet erweisen. Zu bemerken ist hier noch besonders, dass es nicht genügt, den sich leicht präsentirenden Theil der Rachenschleimhaut zu besichtigen; man muss sein Augenmerk in nicht minderem Grade auch den Seitentheilen hinter dem hinteren Gaumenbogen zuwenden.

Die Körner (granula) entstehen meiner Erfahrung und Auffassung nach nicht; dahingegen mögen sie sich im Laufe der Zeit wohl vergrössern. Ich halte diesen pathologischen Befund für angeboren, wie ich auch schon früher an anderem Orte [1]) auseinandersetzte. Ich sah die stärksten Formen des granulären Rachenkatarrhes schon bei Kindern unter 10 Jahren, ja einmal bei einem solchen von noch nicht 2 Jahren, zu welchem sich jetzt noch eines von $^5/_4$ Jahren [2]) hinzugesellt hat. Auch habe ich mehrfach Gelegenheit gehabt, bei den verschiedenen Mitgliedern einer Familie die Pharyngitis granulosa zu konstatiren. Sie findet sich auch gleichmässig vertreten bei Rauchern wie Nichtrauchern, bei Trinkern wie Nichttrinkern. Aus alledem und insbesondere daraus, dass ich bei ganz jungen Kindern schon hohe Grade von Granulirung gefunden habe, halte ich mich für berechtigt, diese Affektion für ererbt anzusehen.

Die Wendt'sche Eintheilung in einen chronischen Retronasalkatarrh im Bereiche des Nasenrachenraumes und in einen chronischen Rachenkatarrh, beschränkt auf die untere Hälfte der Rachenhöhle, muss ich als eine sehr unnatürliche erklären. Ich habe noch niemals einen Katarrh des Nasenrachenraumes gesehen, ohne dass auch die untere Hälfte des Rachens betroffen gewesen wäre. Es ist mir aber auch noch kein chronischer Rachenkatarrh vorgekommen, ohne dass auch der Nasenrachen-

[1]) a. a. O. über den Husten. Seite 26.

[2]) Lähmung der Glottisöffner bei einem $^5/_4$jährigen Kinde. Heilung. Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 2, 1881.

raum mit erkrankt gewesen wäre. Ich halte das Eine ohne das Andere für geradezu unmöglich.

Wohl alle Rachenkatarrhe, wie sie dem Arzte zu Gesicht kommen, gelangen deshalb zur Untersuchung, weil die grosse Menge des Schleimes, welcher sich in der Rachenhöhle ansammelt und mit grosser Schnelligkeit erneuert, unbequem zu werden beginnt. Dieses durch seine Menge genirende Sekret kommt wohl zum allergrössten Theile aus den oberen Partien der Nase. Die Rachenschleimhaut selbst sondert verhältnissmässig sehr wenig Schleim ab, und dieser ist nicht gelblich, geschweige gelb gefärbt. Stets aber finden wir in den bezeichneten Fällen mehr oder weniger gelbes Sekret, und dieses stammt aus der Nase. Es ist mir nicht undenkbar, dass, da diese Schleimmassen den Weg nach unten besonders an der hinteren Rachenwand entlang nehmen, die Schleimhaut an dieser Stelle in vorwiegender und zunehmender Weise irritirt wird. Ueberdies stehen mit dem Sichbemerklichmachen der katarrhalischen Affektion auch andere irritirende Einflüsse, wie Tabakrauch, Staub, Schnupftabak, Alkoholika u. dgl. in ursächlichem Zusammenhang. Kann man sie auch nicht als direkte Ursachen hinstellen, so wirken sie doch jedenfalls in hohem Grade befördernd auf die Entwickelung des chronischen Kartarrhes ein.

Dieser letzteren mag die „skrophulöse Beanlagung“ auch förderlich sein; doch bestreite ich, dass Skrophulose zu den „wichtigsten Ursachen“ des Leidens zu zählen sei.

Hochgradige Hypertrophie der sogenannten Rachentonsille sowie auch der Gaumenmandeln ist sicherlich zu den direktesten Ursachen des chronischen Rachenkatarrhes zu rechnen. Wird der Nasenweg durch die eine oder die andere Hypertrophie mehr oder weniger verschlossen, so muss zur Athmung der Mund geöffnet werden. Hierdurch wird die Schleimhaut des Rachens ausgetrocknet und geräth so in einen Reizzustand, der nicht ohne Einwirkung auf das Gewebe derselben bleiben kann. Das Sekret der Follikel wird quantitativ und qualitativ verändert werden, und in diesem Zustande einen kontinuirlichen Reiz für die Umgebung setzen.

Zu übersehen ist auch nicht, dass, wie ich gelegentlich der Aetiologie des Nasenkatarrhes schon auseinandersetzte, im Gefolge jener Hypertrophien sich chronische Nasenkatarrhe entwickeln müssen. Dieser Zustand kann nicht sehr lange Zeit zur Entwickelung

gebrauchen. Man kann ja sehr leicht auf künstlichem Wege eine ähnliche Situation schaffen. Athme man nur einmal eine Stunde lang durch den Mund, so wird man eine auffallende Wärme in der Nasenhöhle verspüren und gleichzeitig auch bei Herstellung der Nasenathmung die Bemerkung machen, dass der Nasenluftweg nicht mehr so weit ist, wie vor dem Experimente. Natürlich stellt sich in solchem Falle die Norm sehr rasch wieder her. Dadurch, dass die Nase nicht ausgelüftet wird, erhöht sich ihre Temperatur, und in Folge hiervon tritt eine Erschlaffung der Schleimhaut und der Gefässwände in deren Gefolge ein.

In der That habe ich bei den bezeichneten Hypertrophien stets auch einen chronischen Nasenkatarrh höheren oder niederen Grades vorgefunden, und er mag auch seinen Theil zur Entwickelung des stets vorhandenen chronischen Rachenkatarrhes beitragen.

Ich muss hier noch einmal darauf zurückkommen, dass ich behauptete, die Granula der Rachenschleimhaut seien nicht erworben, sondern ererbt. Es versteht sich wohl von selbst, dass ich damit nicht sagen will, der chronische Rachenkatarrh sei ererbt. Nur die Disposition hierzu wird vererbt, und diese ist um so intensiver, je stärker und zahlreicher die Granula sich auf der Rachenschleimhaut vorfinden. Der Reiz, den diese Prominenzen der Schleimhaut auf und in dieser setzen, ist ein um so erhöhter, je grösser und zahlreicher jene sind. Wirken nun in solchen Fällen auch noch andere Schädlichkeiten, wie hinabfliessendes Nasensekret, Rauch, Staub, Alkoholika etc. befördernd ein, so kann es nicht Wunder nehmen, wenn bald früher bald später die Rachenschleimhaut in höherem oder geringerem Grade in einem chronisch-katarrhalischen Zustande sich befindet.

IV. Symptome, Befund und Verlauf.

A. Chronischer Nasenkatarrh.

Das rhinoskopische Bild beim chronischen Nasenkatarrhe ist nach Stoerk[1]) nahezu dasselbe wie bei der akuten Form: „Injektion, Schwellung und mehr oder weniger profuse Sekretion." Trete der chronische Katarrh als Begleiterscheinung der Syphilis oder Skrophulose auf, so unterscheide er sich von der rein genuinen Form wesentlich dadurch, dass er sich meist mit tiefer gehenden ulzerösen Prozessen kombinire, während solches beim einfachen Katarrhe nicht stattfinde.

Das vorwiegende Symptom des chronischen Nasenkatarrhes, die andauernde Obturation der Nasengänge, werde durch die Schwellung der Schleimhaut und durch das zum Theil stagnirende Sekret bedingt.

Als Folgeerscheinung des länger bestehenden Katarrhes sähen wir in manchen Fällen Polypenbildung, polypöse Wucherung des Gewebes auftreten. Eine weitere Folge sei nicht selten Schwellung und Abscedirung der Nasenscheidewand. Bei solchen Abscessen komme auch häufig Sykosis der Scheidewand oder Nasenflügel vor, welche Affektion häufig mit Syphilis verwechselt würde. Es träten zuerst grauweissliche Erhabenheiten auf, die aus einzelnen kleinen Schwellungen entständen.

In einem besonderen Abschnitte[2]) spricht Stoerk noch von einem eitrigen Katarrhe der Nase; er lässt denselben aus einem akuten hervorgehen und nennt ihn einen subakuten. Man finde bei dieser Form habituelle, schleimig-eitrige Sekretion in bedeutender Menge. Die Schleimhaut werde bald welk und die

[1]) a. a. O. Seite 89.
[2]) a. a. O. Seite 86 u. ff.

Rachenwand zeige entweder in der Mittellinie einen von dem herabfliessenden Sekrete gebildeten Eitersulkus oder aber eine von krümlich trockenen, grüngelben Eiterschollen bedeckte Fläche.

Eines der quälendsten Symptome des subakuten eitrigen Katarrhes sei die grosse Trockenheit der Nasenscheidewand. Diese verursache dem Kranken kontinuirliches Jucken; vermehre sich die Trockenheit, so werde die Schleimhaut rissig und es bildeten sich dort Borken.

Eine wichtige Nebenerscheinung eines solchen eitrigen Katarrhes sei die Fortsetzung des Prozesses auf die Highmorshöhle. Die Kranken klagten am häufigsten auf einer Seite über Schmerz unter dem Jochbogen, doch sei jener zumeist ein vorübergehender und höre mit dem Eintritte reichlicherer Sekretion gewöhnlich auf, weil alsdann der den Ausführungsgang verstopfende Pfropf sich gelöst habe.

Die Stirnhöhle könne in gleicher Weise erkranken; dies dokumentire sich durch heftigen Kopfschmerz. Die Keilbeinhöhle hat Stoerk nur einmal in gleicher Weise erkrankt gefunden.

Ich weiss nicht, ob es statthaft ist, die von Stoerk als eitrigen Katarrh beschriebene Erkrankung noch eine subakute zu nennen; mich will bedünken, dass dieselbe zutreffender als chronische bezeichnet würde. [1])

Was den Thränennasengang anbelangt, so scheint Stoerk keine Erkrankungen desselben in Folge von Nasenkatarrh gesehen zu haben. Er theilt nur mit, dass eine Frau, die an Blennorrhoe der Konjunktiva behandelt worden sei, später eine Blennorrhoe der Nasenschleimhaut aufwies. Es liess sich nicht feststellen, ob die Infektion durch den Thränennasengang oder direkt durch Uebertragung entstanden war.

Ich habe nicht selten zu beobachten Gelegenheit gehabt, dass bei chronischen Nasenkatarrhen während der ersten Jahre ihres Bestandes an jenem Auge Thränenträufeln sich einstellte,

---

[1]) Fränkel spricht auch (a. a. O. in Ziemssen IV. 1, Seite 118 u. ff.) von einem eitrigen Nasenkatarrhe (Rhinitis blennorrhoica); doch betrachtet er denselben als einen akuten. Er komme vor bei Neugeborenen als Folge von blennorrhoischem Scheidensekret; ebenso könne Trippereiter bei Erwachsenen Veranlassung zu einem eitrigen Nasenkatarrhe geben. Dann komme derselbe vor nach Scharlach, Variola, Diphtherie, Verbrennungen der Schleimhaut. Schliesslich könne derselbe auch aus unbekannten Ursachen, vielleicht als Steigerung des einfachen Katarrhes, auftreten. Von dieser Form spricht Stoerk allein und sie wird meines Erachtens zweckmässiger als chronische bezeichnet.

welches jener Seite der Nase entsprach, welche die am meisten und ehesten affizirte zu sein schien. Zumal dann fand sich Thränenträufeln, wenn, vielleicht bedingt durch den anatomischen Bau der betreffenden Nasenseite, am Winkel des vorderen Endes der unteren Muschel sich kleine Krusten bildeten, welche, wenn sie mit dem Fingernagel entfernt werden, leicht kleine Erosionen bedingen. Es ist nicht undenkbar, dass dadurch nicht nur eine Reizung des ganzen Thränennasenganges und in Folge dessen katarrhalische Schwellung der Schleimhaut desselben, sondern auch sein zeitweiser Verschluss an seiner Nasenmündung bedingt wird. Mit Abnahme des Nasenkatarrhes verminderte sich auch das Thränenträufeln und verschwand schliesslich ganz.

Fränkel[1]) unterscheidet eine hyperplastische und atrophische Form des chronischen Nasenkatarrhes. Sie gingen häufig nebeneinander her, doch scheine die atrophische Form in den meisten Fällen der Ausgang der hyperplastischen Form zu sein; jene finde sich wenigstens vorwiegend in alten Fällen und nach längerem Bestehen der anderen Form.

Bei der hypertrophischen Form erscheine die Schleimhaut verdickt und leicht geröthet; bei der atrophischen dagegen zeige sie sich dünn, häufig blass, anscheinend nur aus Bindegewebe und Gefässen bestehend und kaum noch den Namen einer Mukosa verdienend. Die Epithelien gingen in beiden Formen theilweise zu Grunde, weshalb die Schleimhaut opak und uneben erscheine.

Die Sekretion der chronischen Rhinitis sei sehr verschiedener Qualität und Quantität, doch von vorwiegend eitriger Beschaffenheit. Je geringer ihr Wassergehalt, desto mehr Neigung zu Borkenbildung mache sich geltend; das Letztere kennzeichne besonders die atrophische Form.

Zersetze sich das Sekret, so trete ein besonderer Gestank auf, der sich der Exspirationsluft des Kranken mittheile; mit dieser Komplikation spreche man von Ozaena.

Fränkel will aus der Ozaena keine besondere Krankheit gemacht wissen, weil er sich den Gestank lediglich als eine Folge stagnirender und sich zersetzender Sekrete der Nasenhöhle erklärt; dasselbe werde sowohl bei Rhinitis chronica, wie bei Karies, Ulzerationen etc. gefunden. Der Geruch hafte

[1]) a. a. O. in Ziemssen IV. 1, Seite 126 u. ff.

durchaus an den Sekreten und werde bei deren Verminderung geringer. Wenn es auch manche Fälle gäbe, in denen eine Ozaena eine Zeit lang das einzige Symptom einer konstitutionellen oder hereditären Syphilis ausmache, so kenne er doch auch eine nichtdyskrasische Ozaena, die ohne tiefere Läsionen in der Nasenhöhle einhergehe und lediglich auf Zersetzung der Sekrete beruhe. Die meisten Kranken sagten aus, sie hätten erst an Schnupfen gelitten, der sich zu einem Stockschnupfen entwickelt habe, und zu diesem sei schliesslich noch der Gestank hinzugekommen.

Im Verlaufe des sogenannten Stockschnupfens könnten aus der Hyperplasie der Schleimhaut wirkliche Neubildungen und polypöse Exkreszenzen entstehen. Periost und Perichondrium werde recht selten mit ergriffen. Das Geruchsvermögen werde verringert oder gehe ganz verloren.

Wenn Fraenkel in prognostischer Beziehung sagt, die chronische Rhinitis heile manchmal spontan, so möchte ich diese Behauptung entschieden bestreiten. Die dahin rubrizirten Heilungen gehören sicher nicht unter den Krankheitsbegriff Rhinitis chronica.

Bezüglich der „sekundären Folgen der chronischen Koryza“ bei Kindern bemerkt Kohts[1]) sehr richtig, dass bei Säuglingen schon beim Saugen und Schlafen die Respiration behindert werde. Man kann noch hinzufügen, dass das Saugen in manchen Fällen ganz unmöglich gemacht wird, nämlich, wenn der Nasenverschluss ein vollkommener oder nahezu vollkommener ist.

Die Wirkung auf den Gesammtorganismus äussere sich in blasser, fahler Gesichtsfarbe und allmälig sich entwickelnder Abmagerung. In der reichlichen Absonderung eines eiweisshaltigen eiterigen Sekretes, sowie unter Umständen in der Verpestung der durch die Nase eingeathmeten Luft dürfte für die angezogenen Zustände ein hinreichender Erklärungsgrund gefunden werden. Nicht unwesentlich wird hierbei aber auch die psychische Depression, hervorgerufen durch das Bewusstsein, an einer ekelhaften Krankheit zu leiden, mitwirken.

Michel[2]) trennt den chronischen Nasenkatarrh, der gewöhnlich Stockschnupfen genannt werde, von der

[1]) a. a. O. Seite 23 u. f. (Gerhardt III. 2.)

[2]) Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes. Berlin. Hirschwald. 1876. Seite 17 u. ff.

Ozaena. Lange bestehende, zeitweilig gänzliche Verstopfung der Nase, verbunden mit reichlicher Schleimabsonderung und nasaler Sprache, charakterisirten den chronischen Katarrh. Bei saftlosen, blutleeren Individuen mit blasser, trockener Haut sei die Absonderung oft sehr gering und die Verstopfung trete nebst der stets vorhandenen Neigung zu akutem Katarrhe in den Vordergrund.

Entsprechend dem Grade des Uebels sei die Nase entweder in grosser Ausdehnung ergriffen oder es seien nur die unteren oder mittleren Muscheln oder allein die hinteren Enden derselben auf einer oder auf beiden Seiten verändert. Diejenige Nasenseite, die am weitesten sei, erweise sich in der Regel am ausgeprägtesten erkrankt. Die verengte Nasenseite werde manchmal ganz gesund gefunden, oder es seien die Muscheln nur an ihren hinteren Enden in geringem Grade entartet. In mehreren Fällen sei die Scheidewand der Hauptsitz des Stockschnupfens gewesen.

Diesen letzteren Zustand habe ich noch nie gesehen, glaube auch nicht, dass er sich jemals finden kann. Es ist mir gänzlich undenkbar, wie die Schleimhaut der Nasenscheidewand zum Hauptsitze eines chronischen Nasenkatarrhes werden könnte. Die anatomischen Verhältnisse der Nase sind wahrlich nicht der Art, dass ein solches Vorkommniss bei sorgfältiger Beobachtung möglich erscheint. Wohl kommt es vor, dass die Schleimhaut der Scheidewand hochgradig geschwellt ist, doch findet sich dies fast ausnahmslos in ihrem oberen Theile dort, wo die mittlere Muschel ihr nahekommt. Dann war aber auch stets die Schleimhaut der unteren Muschel geschwellt.

Gottstein[1]) hebt hervor, dass „besonders die Nasenscheidewand der häufige Sitz einer chronischen Perichondritis sei, die ungemein schleichend verlaufe und zu Hypertrophien führe, die sich bei der Untersuchung mit der Sonde durch ihre Härte als vom Knorpel ausgehend charakterisirten. Oft führten solche Entzündungen zur Nekrose und seien zweifellos dyskrasischen Ursprungs; aber noch öfter hinterliessen sie nur eine Verengerung der Nasenhöhlen und unterschieden sich in nichts von den Hyperplasien der Schleimhaut."

[1]) Ueber die verschiedenen Formen der Rhinitis und deren Behandlung vermittelst der Tamponade. Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 4. 1881.

Ich glaube nicht, dass von irgend einem Autor die durch ihre Härte sich kennzeichnenden Schwellungen der Nasenscheidewand mit Schwellungen der Schleimhaut derselben verwechselt worden sind. Uebrigens sind jene Gottstein'schen „schleichenden Perichondritiden" der Nasenscheidewand oft nur einfache Wachsthumsanomalien der letzteren; denn auf der anderen Seite des Septums findet sich an entsprechender Stelle in den meisten Fällen eine Einbuchtung. Ich habe die Verbiegung des Septums in weitaus der grösseren Mehrzahl der Fälle nach links gerichtet gefunden, so dass die rechte Nasenhälfte die weitere ist. Häufig ist das Septum auch S-förmig verbogen in seiner Höhe; seltener ist dasselbe der Fall in der Richtung von vorne nach hinten.

Die verengte Nasenseite fand sich häufig weniger intensiv erkrankt, als die andere; doch traf dies immer nur in frühen Stadien des Katarrhes zu. Hieraus ist vielleicht der Schluss zu ziehen, dass die anatomischen Verhältnisse des Nasengerüstes auf die Entwickelung eines chronischen Katarrhes von Einfluss sein könnten. Wenn Michel behauptet, dass, wenn Dornfortsätze der Scheidewand oder Verbiegungen der letzteren die eine Nasenseite verengerten, hier keine bedeutenden Schwellungen stattfinden könnten, so vermag ich dieser Behauptung nicht beizustimmen, da sie eine ganz willkürliche ist, auch keine reelle Basis hat. Freilich können die Schwellungen der verengten Seite nicht so hochgradig werden, wie diejenigen der anderen; allein es hindert sie nichts, so bedeutend zu werden, dass die ganze Nasenseite verschlossen wird.

Von der Ozaena[1]) sagt Michel u. A., dass die Kranken, so lange die stinkenden Sekretpfropfen sich noch in der Nasenhöhle befänden, ein Gefühl von Schwindel und eingenommenem Kopf besässen. Auch klagten sie häufig über grosse Trockenheit im Halse.

Es fänden sich auffallend geräumige Nasenhöhlen vor, im hinteren Abschnitte sei die untere und mittlere Muschel, die Scheidewand, das Schlunddach und die hintere Wand des Nasenrachenraumes mit gelbgrünen, zusammenhängenden Borken bedeckt. Die Vordernase sei meist frei. Ich kann dies nur insofern bestätigen, als ich die Hinternase stets mit

[1]) a. a. O. Seite 30 u. ff.

mehr borkigem Sekrete angefüllt gefunden habe, als die Vordernase.

Die mittlere Muschel liege vorne oft eine Strecke weit der Scheidewand an, sei mit ihr innig verwachsen oder auch nur stellenweise durch dünne Schleimhautbrücken verbunden. Ich halte dafür, dass dies kein Charakteristikum für Ozaena darstellt; denn ich fand es weit häufiger bei dem gewöhnlichen Katarrhe. Aber auch diesem dürfte es nicht eigenthümlich sein; vielmehr bin ich der Meinung, dass solche Verwachsungen als Anomalien für sich anzusehen sind.

Die Schleimhaut, sagt Michel, bekleide überall den Knochen ziemlich knapp; nur am Vorderende der mittleren Muschel sei sie bisweilen in bedeutendem Grade geschwellt.

Niemals sah Michel Geschwüre. Hierauf fussend bestreitet er auch die Behauptung, das Wesen der Ozaena beruhe auf Verschwärungsprozessen der Schleimhaut und der Knochen.

Die Quelle des Sekretes wird von ihm in die Siebbein- und Keilbeinhöhlen verlegt.

„Entleert sich aus den letztgenannten Höhlen Schleim, so muss er bei aufrechter Haltung des Kopfes an das hintere Ende der mittleren Muschel gelangen, träufelt von da herab auf die untere und den Nasenboden und Gaumensegel. In der Rückenlage überzieht er das Schlunddach vornehmlich, in der Seitenlage das Septum."

Diese seine Ansicht findet Michel bestätigt durch die Art der Verbreitung des Sekretes in der Hinternase; ferner in dem intensiven Geruche des flüssigen eitrigen Sekretes, das nur aus einer die Zersetzung begünstigenden Höhle stammen könne, da auf freier Fläche abgesonderter Eiter keinen Geruch verbreite. Dann auch sieht er die Hartnäckigkeit des Uebels und den „unzureichenden" Befund in der Nasenhöhle als seine Auffassung bestätigend an. Auch der Druck über den Augen und das Schwindelgefühl, was sich häufig finde, erklärt Michel als von einer starken Anfüllung der Höhlen in Folge von Verstopfung ihrer Mündungen herrührend. Dass die Ozaena eigentlich keine Erkrankung sui generis, sondern nur ein Symptom von Stagnation faulender Sekrete der Nasenhöhle sei, beweise der Umstand, dass bei regelmässiger Fortschaffung der Sekretmassen der Gestank verschwinde und verschwunden bleibe.

Die Kleinheit der unteren Muschel bei Ozaena sieht Michel für eine Folge der Erkrankung an. Das Schwellnetz fehle oder sei verkümmert. Die ursprüngliche Hypertrophie des submukösen Bindegewebes mache später einer Schrumpfung Platz und bewirke Verödung des Schwellnetzes. Die trockene, glatt glänzende Rachenschleimhaut sei eine die Ozaena besonders häufig begleitende Erscheinung.

In neuester Zeit hat Ziem [1]) ganz bemerkenswerthe Ansichten über die Ozaena veröffentlicht. Er spricht nur von jenen Formen, die nicht mit Verschwärung der Schleimhaut oder des Gerüstes der Nase verbunden sind. Aus dem Umstande, dass sowohl bei abnormer Enge wie bei übermässiger Weite der Nasengänge Ozaena beobachtet werde, und dass in manchen Nasen zahlreiche Borken ohne jedweden üblen Geruch sich fänden, zieht Ziem den Schluss, dass der Fötor nicht auf dem einfachen Eintrocknen der Borken beruhen könne, vielmehr noch ein Ferment hinzukommen müsse, welches zu der den Gestank erzeugenden Zersetzung der Nasensekrete Anlass gebe. Zunächst glaubt Ziem an einem konkreten Falle den Nachweis der verderblichen Einwirkung von in der Mundhöhle abgelagerten Fäulnisserregern, hier in einem kariösen Zahne erhalten zu haben. Ferner könne ungeeignete, frische Luft abschliessende, Behandlung von Infektionskrankheiten einen vorhandenen gewöhnlichen Schnupfen wohl zur Ozaena umwandeln. Auch der Einfluss dumpfer, feuchter Luft auf die Entwickelung des Leidens sei nicht zu unterschätzen. Dann auch könne eine Ansteckung von Person zu Person nicht in Abrede gestellt werden. Die grosse Haftbarkeit der Riechstoffe erkläre es, wenn in die Nase eingedrungene und eingenistete Fäulnissträger hier fort und fort eine putride und je länger je mehr putreszirende Blennorrhoe unterhielten und somit schliesslich zu einem oft unlösbaren circulus vitiosus Veranlassung gäben, da die so schwer entfernbaren zähflüssigen Sekretmassen zersetzt, nun ihrerseits neue Fäulnisserreger produziren müssten.

Die Ueberladung der Nase mit Fäulnissgasen erscheine als das charakteristische Merkmal der Ozaena, als das ihre Hartnäckigkeit genügend erklärende Moment. Bei ihrer unge-

[1]) Ueber Blennorrhoe der Nase und ihrer Nebenhöhlen (Ozaena). Monatsschrift für Ohrenheilkunde sowie für etc. Nr. 4. 1880.

störten Einwirkung müsse jedes Sekret, soeben sezernirt, eitrig umgewandelt und zersetzt werden, sei es, dass es der Schleimhaut der Nase selbst, sei es, dass es derjenigen der Nebenhöhlen entstamme. — Bei dieser Gelegenheit bemerkt Ziem, dass schon Boyer lange vor Michel den Sitz der Ozaena in die Keilbeinhöhlen verlegt habe.

Während Gottstein früher [1]) behauptete, dass in der weitüberwiegenden Anzahl der Fälle die Ozaena ein konstantes Symptom nur der chronischen Rhinitis sei, bei dem es zur Atrophie der Nasenschleimhaut gekommen, und bei dem wahrscheinlich durch Untergang von Schleimdrüsen eine Verminderung und Veränderung der Sekretion derart erfolge, dass das Sekret durch seine schnelle Eintrocknung auf der Schleimhaut haften bleibe, durch die natürlichen Mittel nicht entfernt werde und in fötide Zersetzung übergehe, so hat er sich später [2]) doch überzeugt, dass es Nasenerkrankungen mit Fötor auch in Folge anderer pathologischer Prozesse gebe, und zwar solcher, die mit Ulzeration der Schleimhaut und Knochen- oder Knorpel-Nekrose einhergehen.

Ich wundere mich nur, dass Gottstein derartiges erst im Jahre 1879 erfahren hat, während bei nur einigermassen aufmerksamer Beobachtung solche Verhältnisse Einem nicht entgehen können, zumal sie auf syphilitischer Basis nicht gerade selten sind.

Ist Gottstein auch geneigt, die Ozaena als keine Krankheit sui generis aufzufassen, so glaubt er doch andererseits in Erwägung ziehen zu müssen, dass unter den mit Fötor verbundenen Nasenerkrankungen sich eine grosse Anzahl solcher Fälle befinde, die erstens in ätiologischer, pathologischer und klinischer Beziehung sich von den übrigen so wesentlich unterschieden, sodann unter einander wiederum so gemeinschaftliche Charaktere hätten, dass man sie als eine besondere Gruppe, als eine besondere Krankheitsform zusammenfassen müsste.

Ausgehend von der Behauptung, dass bei syphilitischen und skrophulösen Erkrankungen der Nasenhöhlen der Fötor kein konstantes Symptom sei, will Gottstein im Gegensatz

[1]) Berliner klin. Wochenschrift Nr. 37. 1878. Ueber Ozaena und eine einfache Behandlungsmethode derselben.

[2]) Breslauer ärztl. Zeitschrift Nr. 17. 18. 1879. Zur Pathologie und Therapie der Ozaena.

zu Stoerk, der den Ausdruck Ozaena nur auf die syphilitischen Erkrankungen der Nasenschleimhaut bezogen wissen will, diesen Ausdruck für die einfache fötide Rhinitis reserviren.

Nach seinen [1]) und E. Fränkel's [2]) anatomischen Untersuchungen hält Gottstein es für höchst wahrscheinlich, dass dieser letztgenannten Form eine bindegewebige Entartung der Schleimhaut mit theilweisem Untergang der Schleimdrüsen, eine Rhinitis chronica atrophicans, zu Grunde liege und dass nach Beobachtungen am Lebenden eine Verminderung der Sekretion bewirkt werde.

Es erscheint mir sehr schwer, jetzt schon eine bestimmte Stellung zu der Frage einzunehmen, ob alle mit vermehrter Absonderung einhergehenden Erkrankungen der Nasenhöhle, abgesehen von jenen spezifischer Natur, unter die einfache Bezeichnung des chronischen Nasenkatarrhes zu stellen seien, oder ob man der fötiden Form des Nasenkatarrhes eine besondere Rubrik zu widmen habe. Diese Frage wäre meiner Ansicht nach am einfachsten dadurch zu lösen, wenn bewiesen werden könnte, woher der Fötor bei sonst heiler Schleimhautoberfläche stamme.

Nicht geringe Wahrscheinlichkeit hat die vorhin zitirte Ziem'sche Hypothese für sich. Sie würde auch meiner Intention, nur einen Namen für die vermehrte Schleimabsonderung aus der Nase — chronischer Nasenkatarrh — gelten zu lassen, keineswegs hinderlich sein.

Es leuchtet Jedem wohl ohne Weiteres ein, dass Jemand, der mit einem einfachen chronischen Nasenkatarrhe behaftet ist und in diesem Zustande tagtäglich in einer mit üblen Gerüchen überladenen Atmosphäre zubringen muss, einen fötiden Nasenkatarrh sehr leicht erwerben kann. Dass besonders penetrante Riechstoffe ausserordentlich in der Nase haften, kann man oft genug an sich selbst erleben. Den Fötor aus Nase und Mund bei der einfachen sogenannten Ozaena oder bei Lues der Nase rieche ich, wenn ich unvorsichtiger Weise zu viel davon in meine eigene Nase eindringen liess, noch mehrere Stunden lang trotz Waschen des Gesichts, des Bartes etc. etc.; so eindringlich haftet der Fötor an den Stellen, die er bestrich. Ich stimme den Ausführungen Ziem's in dieser Hinsicht umsomehr bei, als

[1]) a. a. O. d. Bresl. ärztl. Zeitschrift.
[2]) Virchow's Archiv f. path. Anat. etc. 70. Bd. 1879.

meine später zu erörternde Behandlungsmethode in ihren Erfolgen eine Stütze für dieselben abgibt.

An dieser Stelle dürfte die Erwähnung der von Stoerk[1]) sogenannten chronischen Blennorrhoe der Nasen-, Kehlkopf- und Luftröhrenschleimhaut besonders gerechtfertigt erscheinen.

Stoerk ist der Meinung, dass, da die bekannten Fälle jener Erkrankung fast ausnahmslos aus Galizien, Polen, der Wallachei und Bessarabien stammten, „das endemische Auftreten der Krankheit in den bezeichneten Gegenden mehr mit sozialen, als tellurischen und klimatischen Verhältnissen“ zusammenhinge. „Die meisten Patienten gehören nämlich jener Volksklasse an, welche, in bedrängter materieller Lage lebend und den Anforderungen der Reinlichkeit wenig Rechnung tragend, in den genannten Bezirken zahlreicher als sonstwo vertreten ist.“

Stoerk führt also die hier in Rede stehende Erkrankung auf jene Schädlichkeiten zurück, aus denen Ziem die Entstehung der Ozaena zu erklären sucht.

Zur Charakterisirung der chronischen Blennorrhoe sagt Stoerk, dass bei derselben die Sekretion streckenweise gänzlich unterdrückt zu sein scheine. „Die Schleimhaut nimmt mehr den Charakter einer pyogenen Membran an, nur dass die auf pyogenen Membranen gewöhnlich sichtbaren Granulationen in der Nase nicht vorhanden sind. Die Schleimdrüsen haben sich dabei so verändert, dass sie überhaupt aufhören, Schleim zu sezerniren, entweder weil durch den Entzündungsprozess die Mündungen derselben verschlossen werden, oder weil zwar die Sekretion noch vor sich geht, das Produkt derselben aber eine Alienation erfahren hat, in Folge deren es zum eitrigen Aussehen der Fläche kontribuirt.“ Dieses Bild stellt Stoerk in Parallele mit einem Ausgange des gutartigen chronischen Katarrhes, bei dem nach jahrelangem Bestande des letzteren die „Sekretion sich erschöpfe, die Schleimhaut trocken, anämisch und stellenweise rissig“ werde.

Von der gewöhnlichen sogenannten Ozaena unterscheidet sich die Stoerk'sche chronische Blennorrhoe wesentlich durch das stets vorhandene hochgradige Mitergriffensein des Larynx und der Trachea bei der letzteren Erkrankung. Vielleicht beruht

[1]) a. a. O. Seite 161 u. ff.

dieser Umstand zu nicht geringem Theile auf der in- und extensiven Einwirkung der den fötiden Charakter des Sekretes erzeugenden Fäulnisserreger.

Der Behauptung Ziem's, dass weite Nasengänge und Atrophie der Schleimhaut durchaus kein nothwendiges Attribut der Ozaena seien, muss ich vollkommen beistimmen. „Der Fötor kann sich in jedem Stadium eines akuten oder chronischen Nasenkatarrhes hinzugesellen, und es gibt genug Fälle von subjektiv und objektiv ausserordentlich ausgesprochener Ozaena, in welchen hochgradige Schleimhauthypertrophie eine maximale Nasenobstruktion bedingt."

Ich kann auch durchaus bestätigen, dass bei vermehrter Schwellung in der Nase auch der Fötor sich vermehrte. In einem derartigen Falle, bei einem jungen Mädchen, trat der Fötor einige Tage vor dem Eintritte der Regel stets stärker auf, vermehrte sich bis zur Höhe der Menstruation, um dann abzunehmen bis zu dem gewöhnlichen Grade. Stets war während dieser Tage die Schwellung der Schleimhaut der Nasenhöhle erheblich vermehrt; auch fand sich in der Hinternase stets eine grössere Sekretmenge als gewöhnlich vor.

In allen Fällen von Ozaena kann man eruiren, dass zuerst ein gewöhnlicher Nasenkatarrh bestand, ohne dass Fötor vorhanden war. Dieser stellt sich, wenn er auftritt, erst nach und nach ein, und mit Zunahme seiner Intensität vermindert sich der Ausfluss aus der Nase, d. h. es stellt sich Borkenbildung ein. Es ist sehr richtig, wenn Ziem sagt, dass der Fötor in den einzelnen Stadien des Katarrhes ein graduell verschiedener, allerdings bei gleichzeitiger Atrophie der Schleimhaut ein intensiverer sein müsse.

Mir ist es sehr erklärlich, warum so allgemein die Atrophie der Schleimhaut als charakteristisch für die Ozaena hingestellt wird. Die gut situirten Leute gehen wegen ihres gewöhnlichen Nasenkatarrhes in Folge ihrer grösseren Sensibilität, sei sie subjektiver oder objektiver Ursache, meist früher zum Arzte, als das ärmere Publikum. Zudem leben jene nicht in Verhältnissen, in denen sie tagtäglich übelriechende Luft einathmen müssen. Aus diesen zwei Gründen glaube ich es vollkommen erklären zu können, dass bei den vorkommenden Ozaenafällen die Schleimhaut zumeist schon im Zustande der Atrophie angetroffen wird. Denn den wirklichen fötiden chronischen Nasenkatarrh trifft man

bei der wohlhabenden Bevölkerungsklasse bei weitem seltener, als bei der ärmeren.

Nicht zu unterschätzen ist auch das Moment, dass der Geruchssinn bei chronischem Nasenkatarrhe allmälig leidet, weshalb der Erkrankte selbst verhältnissmässig selten die fötide Natur seines Katarrhes erkennt; und seine Umgebung genirt sich meistens, ihn auf den Gestank, den er verbreitet, aufmerksam zu machen; man sucht diesem, so gut es geht, aus dem Wege zu gehen und überlässt den bedauernswerthen Kranken seinem Schicksale. Es kommt gar nicht selten vor, dass der Erkrankte die Mittheilung des Arztes bezüglich des Fötors ganz ungläubig entgegennimmt. Unter diesen Erwägungen kann man sich meiner Ansicht nach nicht wundern, wenn die Ozaena in weitaus den meisten Fällen in vorgeschrittenstem Stadium, dem der Atrophie, zur Behandlung kommt.

Da also für die Ozaena die Schleimhautatrophie gar nicht als charakteristisch angesehen werden kann, so bin ich mit Ziem der Meinung, dass der Ausdruck Ozaena ganz fallen gelassen werden müsse. Dass aber die vorgeschlagene Bezeichnung „Blennorrhoe mit Hypertrophie oder Atrophie (eventuell auch mit Knochenulzeration)“ ein geeigneter sei, möchte ich doch nicht behaupten. Ich würde für alle mit abnormer Sekretion einhergehende Erkrankungen der Nasenhöhlen am ehesten den Ausdruck „chronischer oder akuter Katarrh“ für den bezeichnendsten halten; zur näheren Bezeichnung könnte man einen einfachen und fötiden unterscheiden. Alle mit Schleimhaut- oder Knochen-Ulzeration einhergehende Katarrhe halte ich für spezifischer Natur. In solchen Fällen spreche ich von Lues, Lupus etc. der Nase. Dass dabei auch ein Katarrh der Nase besteht, ist für mich zweifellos. Ich habe, wie ich schon früher auseinandersetzte, derartige Affektionen noch nicht ohne damit vergesellschafteten Katarrh gesehen; auch glaube ich nicht, dass sie sich bei vollkommen gesunder, d. h. nicht irritirter Nase in dieser lokalisiren.

Unter den Symptomen des chronischen Nasenkatarrhes habe ich bei keinem der verschiedenen Autoren das Nasenbluten angeführt gefunden. Als Komplikation mag es wohl Manchem gelten, aber als beweisendes Symptom hat es meines Wissens noch Niemand angerufen. Komplication nenne ich es nur dann, wenn durch Kratzen mit dem Fingernagel,

hauptsächlich an der Scheidewand, Exkoriationen entstehen, die in Folge der dort fest und straff gespannten Schleimhaut eine stetige Quelle von Blutungen abgeben.

Es kommt aber sehr häufig vor, dass Personen auf's Bestimmteste angeben, die Nase nicht berührt zu haben, und doch habe sich Blutung aus derselben eingestellt. Meist war in solchem Falle die Situation derart, dass der Kopf vornüber geneigt war oder eine solche Lage inne hatte, in welcher eine gewisse Stauung im Bereiche des Kopfes sich geltend macht. Untersucht man solche Personen bald nach der Blutung, so findet man die blutende Stelle fast immer am vorderen Ende der mittleren, selten an dem der unteren Muschel. Die Schleimhaut jener ist geschwellt, stark geröthet, von prallem Aussehen, während die der unteren Muschel zumeist schlaffer oder sogar manchmal ziemlich normal erscheint. Die Absonderung aus der Nase wird als keine übermässige bezeichnet; aber man erhält die Mittheilung, dass in der „letzten Zeit" häufig ein leichter, nicht lang dauernder Schnupfen sich einzufinden pflege.

Diese Zustände finden sich besonders bei Kindern, während sie bei Erwachsenen seltener sind. Dies erkläre ich mir daher, dass die chronischen Katarrhe, die man bei Erwachsenen und Halberwachsenen findet, zumeist aus der Kinderzeit stammen, was übrigens nicht selten auch bestimmt angegeben wird.

Ich halte das eben besprochene Nasenbluten für ein sicheres Symptom eines langsam sich entwickelnden chronischen Nasenkatarrhes. Und in der That kann man durch geeignete Behandlung des letzteren jenes beseitigen. Diese Behandlung muss sich allerdings auf die höchsten Regionen der Nasenhöhle erstrecken, wie überhaupt nach meiner Ansicht und Erfahrung der chronische, wie auch der akute Katarrh seinen Ausgang nur von dem oberen, resp. mittleren Nasengange nimmt und sich von dort aus auf die ganze Nase ausdehnt. Vielleicht wird die oft kolossale Schwellung der Schleimhaut der unteren Muschel nur veranlasst durch die in der oberen Nase vorhandene Schwellung und dadurch herbeigeführte Kompression abführender Venen des Schwellnetzes. Bestärkt in dieser Ansicht werde ich auch noch durch die oft hochgradige Schwellung der Schleimhaut der Nasenscheidewand, ungefähr gegenüber der mittleren

Muschel, insbesondere deren vorderen Ende. Es ist sehr häufig zu konstatiren, dass diese Schwellung vorhanden ist, ohne dass die mittlere Muschel das Septum berührt. Der Grund der Schwellung muss also wohl höher in der Nase zu suchen sein. Ich habe viele derartige Fälle gesehen, in denen der katarrhalische Zustand bereits einen verhältnissmässig bedeutenden Grad von Schwellung der Schleimhaut an der Nasenscheidewand hervorgebracht hatte. Diese Beobachtung musste mich immer mehr zu der Auffassung bringen, dass der Beginn des chronischen Nasenkatarrhes für gewöhnlich in der oberen Hälfte der Nasenhöhle stattfinde.

Ein sicheres Symptom eines chronischen Nasenkatarrhes ist auch dauernde abnorme Röthung der äusseren Nase, insbesondere der Nasenspitze. Meines Wissens hat bis jetzt noch Niemand für diesen, ihren Besitzern oft sehr unangenehmen Farbenwechsel den chronischen Nasenkatarrh verantwortlich gemacht. Ich habe aber in vielen Fällen, nachdem ich sie daraufhin betrachtete, den innigen Zusammenhang beider Zustände mit Sicherheit konstatiren können.

Das Aussehen der äusseren Nase nämlich (in Fällen von abnormer Röthe) wird durch Beseitigung der Schleimhautschwellung im Bereiche der unteren Muschel noch gar nicht verändert. Aber nach Beseitigung, ja sogar nur nach Verringerung der Schwellung der Schleimhaut in den höher gelegenen Partien der Nase tritt ein auffallendes Abblassen der gerötheten Nasenspitze ein. Stärker ausgedehnte Kapillaren oder Venen — ihr Vorhandensein ist ein Beweis, dass schon lange durch Schwellung innerhalb der Nase, wahrscheinlich im Bereiche des Nasendaches, auf die abführenden Gefässe der Nasenhaut eine Kompression ausgeübt wird — sind natürlich nicht mehr zu beseitigen, allein auch sie werden ihren Durchmesser verringern.

Fragt man sich, wieso es kommt, dass bei den wenigsten, mit chronischem Nasenkatarrh behafteten Menschen die äussere Nase eine besondere Röthung erleide, so ist darauf schwerlich eine präzise Antwort zu geben. Vielleicht ist bei diesen der Verlauf der abführenden Venen ein solcher, dass durch Schwellung der Schleimhaut der oberen Nase sehr leicht eine Kompression jener herbeigeführt werden kann. Sicher ist, dass

man bei eben entstehenden „rothen Nasen" meist einen nur mässigen Katarrh in der Nasenhöhle vorfindet. Ich spreche in diesem Falle natürlich nicht von jenen rothen Nasen, die schon viele Jahre lang erglühen. Sie haben wohl zumeist ihr Ursprungsattest in der Schnupftabaksdose zu suchen, die übrigens als bester Erreger des chronischen Katarrhes der Nase und des Rachens an den Pranger gestellt zu werden verdient.

Die alte Ueberlieferung, rothe Nasen zeichneten tüchtige Trinker aus, hat auch ihr Wahres. Doch muss wohl in Betracht gezogen werden, was getrunken wird. Auch ist noch nicht darauf aufmerksam gemacht worden, warum Gewohnheitstrinkern rothe Nasen vielfach eigen sind. Hier ist der Alkohol der Erreger des chronischen Katarrhes und dieser wieder verursacht die rothe Nase. Je alkoholreicher das Getränk ist, welches viel und täglich genossen wird, um so eher wird sich eine chronische Entzündung der Schleimhaut der Nase und des Rachens einstellen.

Die unmittelbare Ursache einer rothen Nase ist entschieden stets ein chronischer Katarrh der Nasenschleimhaut, mag derselbe nun durch Schnupftabak, Alkohol oder andere Erreger herbeigeführt worden sein. Ich habe, seit ich auf diese Frage aufmerksam wurde, noch jedem Besitzer einer rothen Nase einen Katarrh seiner Nasenhöhle nachweisen können.

Als Folgeerscheinung des länger bestehenden Katarrhes führen Stoerk, Fränkel u. A., wie oben schon mitgetheilt, Polypenbildung und polypöse Gewebswucherung an. Ich kann dem nur beipflichten, während ich der Ansicht derselben Autoren, dass der chronische Katarrh auch Folgeerscheinung der Polypenbildung sein könne, schon im Abschnitt III A entgegengetreten bin. Wies ich dort darauf hin, dass nach meiner Ansicht auf einem nicht chronisch katarrhalisch affizirten Boden Nasenpolypen sich wohl nur ausnahmsweise zu entwickeln vermöchten, so sei es mir hier noch gestattet, hinzuzufügen [1], dass die von mir bestrittene Annahme meist auf die Aussagen der Kranken basirt ist, denen die Symptome von Polypen und anderweitiger Schwellung innerhalb der Nase ganz gleichwerthig erscheinen.

[1] Es mag mir verziehen sein, wenn ich in dem Abschnitte IV manchmal auf ätiologische Momente zu sprechen komme; es liegt dies zumeist an der Art des Stoffes und meiner von der seitherigen Darstellung oft abweichenden Auffassung.

Die von Voltolini[1]), Hänisch[2]), Schäffer[3]) und Hartmann[4]) beobachtete Erscheinung, dass Nasenpolypen Asthma bronchiale im Gefolge haben können, ist auch von mir[5]) schon früher bestätigt worden. Neben der Beseitigung der Nasenpolypen und der hochgradigen Schwellung der Nasenschleimhaut erweist sich die lokale Anwendung des induzirten Stromes am Halse beiderseits vom Kehlkopfe als besonders geeignet zur Beseitigung, resp. Verminderung der Häufigkeit und Intensität der asthmatischen Anfälle.

Abscedirungen am Septum oder überhaupt Betheiligung des Periostes oder Perichondriums im Verlaufe des chronischen Nasenkatarrhes habe ich, abgesehen von spezifischen Erkrankungsformen, nur selten beobachtet. Ob bei den Auftreibungen des Septums immer eine Perichondritis zu Grunde liegt, möchte ich nicht entscheiden.

Die auch von Stoerk und Fränkel hervorgehobene Betheiligung der die Nasenlöcher bildenden Haut sowie der Oberlippe kommt nicht selten beim chronischen Nasenkatarrhe vor. Ja, manchmal ist die Infiltration so stark, dass die Nase und Oberlippe ganz starr sich anfühlen. Solche Zustände habe ich meistens bei skrophulösen Individuen, besonders Kindern, beobachtet, dann aber auch bei solchen, die ihren Nasenkatarrh sehr vernachlässigten und die Borken fortwährend in trockenem, harten Zustande entfernten.

Die Verminderung des Geruchsvermögens, resp. dessen gänzlichen Verlust in Folge von Nasenkatarrh resp. Ozaena habe ich des Oefteren bestätigt gefunden. Wenn von einzelnen Autoren auch eine Herabsetzung des Geschmackssinnes beobachtet wurde, so kann hier wohl angenommen werden, dass gleichzeitig ein hochgradiger Rachenkatarrh bestand.

Dass der Geruchssinn bei chronischem Nasenkatarrhe leidet, erscheint in Folge der mechanischen Einrichtungen der Nasenhöhle als selbstverständlich. Dieselben bedingen bei Schwellung

[1]) Die Anwendung der Galvanokaustik im Innern des Kehlkopfes und Schlundkopfes etc. 2. Auflage. Wien, Braumüller. 1871. Seite 246 u. f.

[2]) Zur Aetiologie und Therapie des Asthma bronchiale. Berliner klin. Wochenschrift Nr. 40. 1874.

[3]) Asthma und seine Behandlung. Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 32 und 33. 1879.

[4]) Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 28, 29 und 30. 1879.

[5]) Mediz.-chirurg. Zentralblatt Nr. 46. 1879.

der Schleimhaut, insbesondere derjenigen der mittleren Muschel, eine Verengerung oder gar einen Verschluss des zur Riechschleimhaut führenden Weges. Ueberdies kann, wie die Versuche von Tourtual, Weber und Fröhlich lehren, eine verhältnissmässig geringfügige Veränderung der Riechschleimhaut nicht blos die Geruchsintensität vermindern, sondern überhaupt die Wahrnehmung der Gerüche auf eine verschieden lange Zeit beeinträchtigen. Dass die Riechschleimhaut bei chronischem Nasenkatarrhe, mag derselbe nun einfacher oder fötider Natur sein, durch das vermehrte und chemisch auch veränderte Sekret in Mitleidenschaft gezogen wird, kann nicht bezweifelt werden. Am meisten aber findet man den Geruchssinn abgeschwächt, manchmal sogar bis auf ein Minimum, bei fötidem Katarrhe.

v. Vintschgau[1]) bemerkt bezüglich der Abstumpfung des Geruchssinnes, dass, wenn das Geruchsorgan durch einige Zeit sehr intensiven Gerüchen ausgesetzt sei, der Geruchssinn für solche Gerüche abgestumpft werde. Es schiene aber auch, dass der Geruchssinn durch die Einwirkung von starken Gerüchen vollständig vernichtet werden könne; man finde wenigstens von Graves eine diesbezügliche Angabe verzeichnet.

Darnach wäre es ja gar nicht zu verwundern, wenn schon durch den Gestank, den der fötide chronische Nasenkatarrh verbreitet, der Geruchssinn des betreffenden Kranken, soweit er nicht schon durch den lange bestehenden Katarrh zerstört ist, bis auf ein Minimum verloren ginge. Wir brauchten dann gar nicht erst das die Schleimhaut in so hohem Grade irritirende Sekret als Urheber in Betracht zu ziehen.

Eine Abnahme des Geruchssinnes habe ich häufig bei Solchen gefunden, die gewohnheitsmässig den Tabakrauch durch die Nase blasen. Ich fand in solchen Fällen stets auch einen chronischen Nasenkatarrh. v. Vintschgau[2]) berichtet, dass das „Tabakrauchen gar keine Wirkung auf den Olfaktorius erzeugte“. Ich muss dem entschieden widersprechen. Ich nehme nämlich an, dass zu solchem Versuche der Tabakrauch direkt in die Nase eingesogen wurde. Ich kann nur mit Sicherheit angeben, dass, wenn ich den von der Zigarre selbst

---

[1]) v. Vintschgau, Geruchssinn, in Hermann, Handbuch der Physiologie III. Bd. 2. Th. Seite 281 u. f. Leipzig. Vogel, 1880.
[2]) a. a. O. Seite 277.

aufsteigenden Rauch direkt durch die Nase einsauge, mein Geruchssinn für kurze Zeit wenigstens alterirt ist. Wird dieser Vorgang nun vielfach wiederholt, so ist wohl denkbar, dass der Geruchssinn überhaupt eine gewisse Abnahme erfährt. Lässt man den Tabaksrauch nur von hinten in die Nase eindringen, so gelangt von demselben freilich nur sehr wenig in die Geruchsspalte; allein die gewohnheitsmässige Wiederholung auch dieser Prozedur dürfte doch geeignet erscheinen, im Laufe der Zeit die Riechschleimhaut derart zu verändern, dass eine Verminderung der Geruchsintensität als unbedingte Folge sich ergäbe. In den von mir beobachteten Fällen, in denen stets auch ein mehr oder weniger erheblicher chronischer Nasenkatarrh sich vorfand, mag dieser letztere wohl einen Hauptbeweggrund für die Abnahme des Riechvermögens abgegeben haben, allein das gewohnheitsmässige Tabakrauchen (durch die Nase) dürfte für jene auch mit verantwortlich zu machen sein.

B. Chronischer Rachenkatarrh.

Nach Stoerk [1]) fasst der chronische Rachenkatarrh, wenn er ein genuiner und kein konsekutiver sei, ein Erkranken der ganzen Schleimhaut des Rachens in sich. Die letztere zeige im Gegensatze zum akuten Katarrhe eine geringere Schwellung und weniger intensive und ungleichmässige Röthung. Von den Symptomen sei das auffallendste die Klagen des Kranken über Trockenheit und konstantes Fremdgefühl im Halse. Im Gefolge des chronischen Rachenkatarrhes träten oft erhebliche Relaxationen der Schleimhaut auf, so dass insbesondere das Zäpfchen sich ausserordentlich verlängere und dadurch den Kehldeckel streifen könne. Nach sehr langer Dauer der Schleimhautsucculenz komme es zu Wucherungen des Papillarkörpers, zur gruppenweisen Entwickelung von Papillomen, insbesondere an der seitlichen und hinteren Fläche des Gaumensegels.

Zur Pharyngitis granulosa bemerkt Stoerk [2]), dass nach seinen Erfahrungen gerade bei sehr magerer Schleimhaut die Granulationen auf der hinteren Rachenwand vorkämen. Er wendet sich entschieden gegen die Auffassung, die in Rede stehende Erkrankung sei eine wahre Hypertrophie der Rachenschleimhaut; sie sei vielmehr als ein stellenweises Erkranken des Epithels zu bezeichnen. Den Granulis fehle die oberste Epithelschichte der Pharynxschleimhaut, so dass wegen des Mangels der schützenden Decke eine grössere Empfindlichkeit auftrete, wodurch die Kranken zur Klage über Trockenheit, Kratzen oder bedeutenderen Schmerz im Halse veranlasst würden. Die einzelnen Granulationen zeigten nur aufgequollene, rundliche, grosse Epithelzellen. Diese Granulationen kämen nicht nur in

[1]) a. a. O. Seite 110 u. f.
[2]) a. a. O. Seite 113 u. f.

der Mitte des Pharynx, sondern auch rechts und links neben den Falten des Arcus palati vor, indem sie theils der Falte entlang nach unten und oben sich erstreckten, theils auf die Falte selbst übergingen, so dass man statt einer runden Granulation eine längliche, rothe, exkoriirte Stelle sehe. Die hierdurch hervorgerufene Hyperästhesie des Rachens sei oft sehr hochgradig.

Vor Kurzem ist diese granuläre Erkrankung der Seitenwand des Rachens von Moritz Schmidt[1]) mit dem besonderen Namen Pharyngitis lateralis belegt worden. Ich halte dies für überflüssig, zumal dieser Befund schon bekannt und beschrieben ist, auch eines besonderen Namens wohl nicht bedarf.

Wendt[2]) trennt bekanntlich in seiner Darstellung den chronischen Retronasalkatarrh von dem chronischen Rachenkatarrhe. Der erstere würde übrigens richtiger Pharyngonasalkatarrh heissen, wenn Wendt ihn schon gesondert betrachten will. Ich hebe aus seiner Darstellung nur Einiges heraus, um Wiederholungen zu vermeiden.

Die im Nasenrachenraume „oft wahrzunehmende Vergrösserung der Follikel sei meist durch hypertrophische Vorgänge derselben bedingt, zuweilen durch Eiterung (chronischer, follikulärer, granulöser Retronasalkatarrh)". Es komme oft zu Erweiterung und Hypertrophie der Schleimdrüsen; die Sekretion sei meist sehr erheblich erhöht. „Die Oberfläche der Theile sei in der Regel mit einer verschieden dicken, oft sehr mächtigen Lage glasigen hellen oder grauen, weissgrauen, weissgelblichen, auch gelblichen oder gelbgrünen Schleimes überzogen, welcher meist eine kolossale Zähigkeit besitze." Erosionen sowie auch kleine follikuläre Geschwürchen beobachteten Wendt und Stoerk.

Von dem „chronischen Katarrhe des Rachens" sagt Wendt, dass auch bei ausgesprochener Hypertrophie eine sehr beträchtliche Dickenzunahme der Wandung nicht stattfinde. „Dagegen sei das Vorkommen einzelner oder zahlreicher flacher, gleichgefärbter oder grauer bis grauröthlicher Hervorragungen (geschwellte und neugebildete Follikel, erweiterte und hypertrophische Schleimdrüsen) etwas sehr Gewöhnliches beim chronischen Rachenkatarrhe, der dann Pharyngitis granulosa genannt zu werden pflege". Im Laufe desselben könnten sich auch atrophische

[1]) Ueber Pharyngitis lateralis. Deutsches Archiv für klin. Medizin 1880. Seite 421 u. ff.

[2]) a. a. O. Seite 274 u. ff., sowie Seite 282 u. f.

Zustände ausbilden. Symptome von Belang fehlten oft; wenn solche vorhanden wären, handle es sich meist um die verschiedenen subjektiven Empfindungen, welche hauptsächlich aus der gesteigerten oder verminderten Sekretion resultirten — Gefühl von Trockenheit, Brennen, Rauhigkeit, Reiz zum Räuspern, zum Husten u. s. w.

Der hyperplastische und rarefizirende, trockene Katarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens, welche Wendt [1]) so ausführlich in eigenen Abschnitten beschreibt, sind Folgezustände des chronischen Katarrhes und als solche von ihm auch bei diesem erwähnt.

Aehnlich wie Stoerk und Wendt spricht sich Kohts [2]) aus. Bei Uebergreifen der Entzündung auf die Schleimhaut der Tube könnte auch über Ohrenschmerzen und Schwerhörigkeit geklagt werden. Handle es sich um einen chronischen Katarrh der Nasenrachenhöhle im Säuglings- und ersten Kindesalter, so könne es in Folge der unvollständigen Respiration zur mangelhaften Entwickelung des Thorax kommen (v. Tröltsch); dabei sei der Geruchssinn völlig aufgehoben. In ganz vereinzelten Fällen beobachte man, dass bei hysterischen Kindern eine besondere Reizbarkeit bestehe, so dass beim Schlucken von Speisen und Flüssigkeiten sofort ein Regurgitiren des Genossenen eintrete oder angeblich das Schlucken überhaupt nicht möglich sei.

Mackenzie [3]) unterscheidet eine hypertrophische und eine exsudative Form des chronischen Rachenkatarrhes. Bei der ersteren sei der zuerst ergriffene Theil die hintere Pharynxwand; anfangs sei die Schleimhaut mit kleinen Erhebungen von der Grösse eines Hirsekornes wie übersät; allmälig vermehre sich die Zahl dieser Granulationen, so dass sie schliesslich breite abgeplattete Erhebungen oder lange Leisten, welche in verschiedenen, unregelmässigen Richtungen über die Schleimhaut hin verliefen, bildeten.

Bei der exsudativen Form der chronischen Pharyngitis beginne die Krankheit gewöhnlich auf den Tonsillen oder in deren unmittelbarer Nachbarschaft, und schreite von dort gegen die hintere Pharynxwand, den Zungengrund, die Epiglottis und das Larynxinnere vor. Im ersten Beginne des Leidens erscheine

---

[1]) a. a. O. Seite 305 u. ff. sowie Seite 313 u. ff.
[2]) a. a. O. Seite 136 u. f. (Gerhardt IV. 2).
[3]) a. a. O. Seite 44 u. ff.

das Innere des Halses trocken und glänzend, die Follikelöffnungen lebhaft roth und die Schleimhaut zwischen ihnen gewöhnlich etwas hyperämisch.

Ulzerationen von nur nennenswerther Grösse oder Tiefe kämen nur im Gefolge der Syphilis und Tuberkulose vor.

Michel[1]) erklärt das Sekret des chronischen Rachenkatarrhes für grau-glasig. Würde gelbes Sekret, sei es in flüssigem, sei es in getrocknetem Zustande im Rachenraume gefunden, so sei das kein Produkt des chronischen Rachenkatarrhes, sondern stamme von Geschwürsbildung oder in weitaus den meisten Fällen von Ozaena. „Das Sekret der Rachentonsille, des chronischen Nasenkatarrhes, der Polypen sei nie intensiv gelb, rein eitrig, nie zu Borken getrocknet, sondern zum grössten Theil grau, glasig, mit gelbem Schleim untermischt und immer flüssig."

Ich bin sehr wohl damit einverstanden, dass der so oft diagnostizirte Rachenkatarrh eigentlich der Nase angehört. Solche falsche Diagnosen kommen öfter vor, als man glauben sollte. Die Gründe hierzu habe ich schon in der Einleitung berührt.

Dahingegen kann ich Michel gegenüber nicht zugeben, dass gelbes, eitriges Sekret, das aus der Nase stammt, stets fötid sei, also den Begriff der sog. Ozaena gebe; auch Borken, die man in der Nase findet, sind beiweitem nicht immer fötid. Das kann ja aber auch gar keinem Zweifel unterliegen; denn Niemand kann leugnen, dass der Eiter von Natur keinen fötiden Charakter hat.

Das Sekret des chronischen Rachenkatarrhes ist zuerst allerdings mehr grau-glasig zu nennen. Es verändert sich aber im Verlaufe des Katarrhes, indem es konsistenter wird und eine mehr weissgraue Farbe annimmt. Das Sekret des „trockenen" Rachenkatarrhes aber hat einen mehr gelblichen Ton.

In der Angabe der subjektiven Symptome des chronischen Rachenkatarrhes stimmen die einzelnen Autoren ziemlich überein. Ich möchte hierbei bemerken, wie es gar nicht selten vorkommt, dass Jemand mit grösster Bestimmtheit behauptet, er habe einen Knochen, eine Fischgräte, eine Nadel u. dgl. verschluckt; der Fremdkörper aber stecke noch oben im Halse

[1]) Zur Behandlung der Krankheiten der Mundrachenhöhle und des Kehlkopfes. Leipzig, Vogel. 1880. Seite 26 u. f.

an einer genau bezeichneten Stelle. Untersucht man nun noch so genau, so findet man sehr häufig von jenem keine Spur, stets aber einen mehr oder weniger beträchtlichen chronischen Rachenkatarrh, dessen Granula meist ziemlich gross sind, auch sehr häufig die Seitentheile der Rachenhöhle einnehmen. Das Gefühl des Fremdkörpers schwindet nicht eher, als bis die einzelnen Granula wenigstens zum grössten Theile entfernt sind.

Ich glaube nicht, dass in den hier bezeichneten Fällen ein wirkliches Verschlucken eines Fremdkörpers stattgefunden hat, vielmehr der durch den chronischen Rachenkatarrh verursachte Reiz erst bei Gelegenheit einer Handlung, in deren Gefolge erfahrungsgemäss jenes Verschlucken öfters vorkommt, zum Bewusstsein gelangte, aber in Folge der zufälligen Umstände unrichtig bezogen wurde.

Die Beobachtung von Kohts bezüglich der Schlingbeschwerden bei chronischem Rachenkatarrhe kann ich bestätigen. Die Kranken schildern ihre Beschwerden oft so, dass man glaubt, einen akuten Katarrh zu finden. Ich konstatirte in solchen Fällen stets, dass entweder die hintere Rachenwand glänzend roth und trocken war oder aber die Seitentheile des Pharynx in einem erheblichen Schwellungszustande chronischer Art sich befanden.

Einer Bemerkung Wendt's möchte ich hier noch besonders Erwähnung thun. Er sagt nämlich, dass bei grossen Sekretanhäufungen im Nasenrachenraume oft Eingenommenheit des Kopfes, ja Kopfschmerzen beständen. Ich muss diese Beobachtung bestätigen, jedoch hinzufügen, dass in solchen Fällen fast ausnahmslos die Nase gleichfalls in hohem Grade chronisch-katarrhalisch affizirt ist.

Zur Klärung der Frage, als was die Granula der Rachenschleimhaut zu betrachten seien, hat Saalfeld[1]) neuestens eingehende mikroskopische Untersuchungen angestellt.

Zur Feststellung der normalen Beschaffenheit der Schleimhaut des Rachens in seiner unteren Hälfte hält Saalfeld die Schleimhäute von „kindlichen und weiblichen Individuen, welche makroskopisch keinerlei Hervorragungen oder sonstige Veränderungen erkennen lassen", am besten für geeignet. Dem entgegen muss ich bemerken, dass ich zwischen Männern,

[1]) Ueber die sogenannte Pharyngitis granulosa. Virchow's Archiv. 82. Bd. 1880. Sep. A.

Frauen und Kindern keinen so grossen Unterschied gefunden habe, dass mir „die Zahl der männlichen Individuen, deren Rachenschleimhaut mit mehr oder weniger entwickelten Granulis besetzt ist, überraschend gross" nicht vorgekommen ist. Ich verweise hier auch auf das schon auf Seite 26 Gesagte.

In der normalen Schleimhaut finde man innerhalb der Mukosa grössere Anhäufungen von Lymphkörperchen um die Ausführungsgänge der azinösen Schleimdrüsen und um die Gefässe liegen. Das Lymphgewebe, sei es unregelmässig oder in Gestalt von Follikeln angeordnet, könne sich bis an das Epithel erstrecken oder wenigstens so weit gegen dasselbe hinaufreichen, dass nur eine sehr dünne Bindegewebslage die oberflächlichen Lymphkörperchen von den tiefsten Epithelialzellen scheide. Die Follikel seien nur spärlich vorhanden und bald rund, bald längsoval oder sogar birnförmig.

In der Submukosa fänden sich die meist ovalen Körper der traubenförmigen Schleimdrüsen, deren geschlängelte Ausführungsgänge in ziemlich grossen Abständen von einander an der Oberfläche mündeten. Niemals durchbohrten die Ausführungsgänge solitäre Follikel, bögen vielmehr um diese herum, um neben ihnen an die Oberfläche zu gelangen.

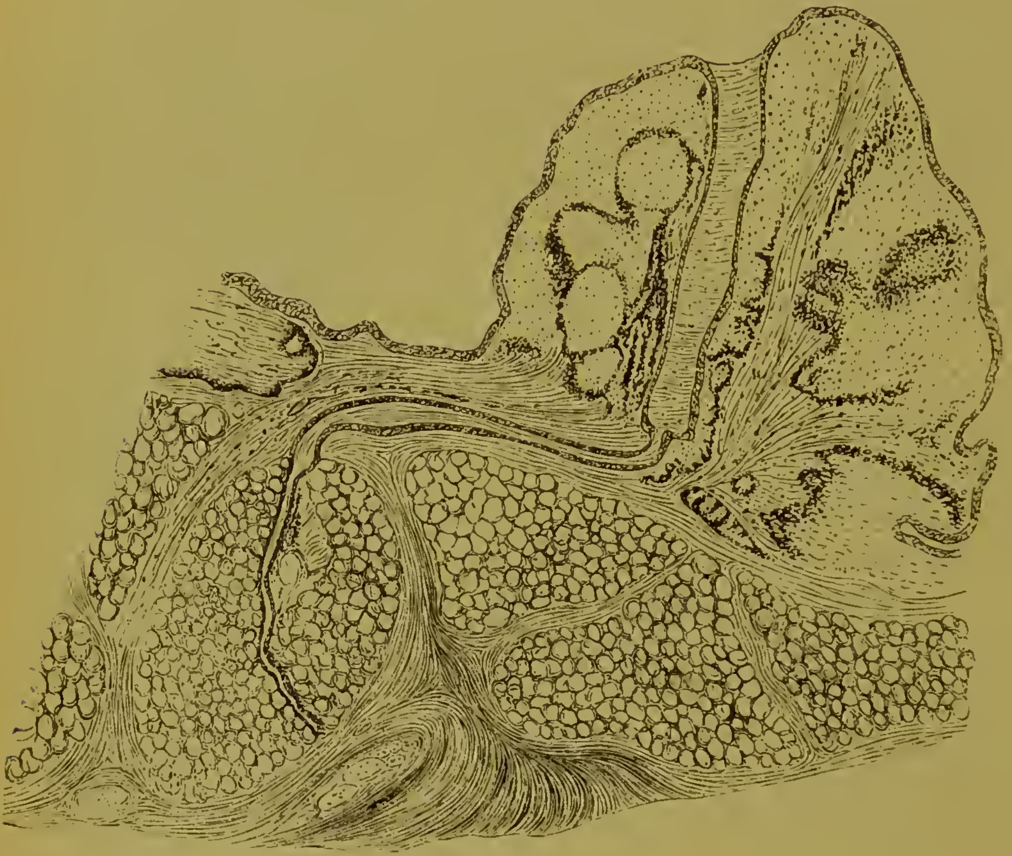
Bei der pathologisch veränderten Rachenschleimhaut bieten nach Saalfeld die zwischen den einzelnen Hervorragungen gelegenen Schleimhautabschnitte in den reinen Fällen von Pharyngitis granulosa ein normales Aussehen dar. Wenn sich aber mehrere Formen des chronischen Rachenkatarrhes, wie es allerdings häufig geschehe, mit einander kombinirten, dann sei neben den Granulis eine diffuse Hypertrophie oder Atrophie der Schleimhaut vorhanden.

Dass ich jeden chronischen Rachenkatarrh für granulär halte, habe ich oben schon (Seite 26) auseinandergesetzt. Aber ich bestreite auch die Existenz eines rein granulären Rachenkatarrhes. Es mag wohl Fälle geben, in denen die Rachenschleimhaut ganz unbedeutende Erhebungen mit relativ normalen Zwischenräumen aufweist. Dann kann man aber auch nicht von einem chronischen Katarrhe sprechen, und der lateinische Ausdruck Pharyngitis granulosa ist gleichfalls nicht am Platze. Denn jene minimalen Granula machen keine Symptome, zumal wenn die Hypersekretion der ganzen Schleimhaut fehlt. Dass Saalfeld reine Formen granulärer Beschaffenheit der Rachenschleimhaut

anatomisch nachgewiesen hat, bestätigt meine Ansicht von der Erblichkeit jener.

Auf der Kuppe jedes Granulums fand Saalfeld eine feine schlitzförmige Oeffnung, die Mündung des Drüsenausführungsganges. Um den, vorzüglich an seinem Ende erweiterten Ausführungsgang einer hypertrophischen Schleimdrüse finde sich

Fig. 8.



Senkrechter Durchschnitt durch eine mit einem stark entwickelten Granulum versehene Stelle der Pars oralis der Rachenschleimhaut eines Erwachsenen. Auf dem Granulum ist das geschichtete Pflasterepithel stark reduzirt; es setzt sich in die Mündung des Drüsenausführungsganges fort. In der Umgebung des erweiterten Stückes desselben massenhaft gewuchertes lymphatisches Gewebe, bestehend aus durch dunklen Saum von der Nachbarschaft sich abhebenden geschwellten Follikeln, sowie unregelmässig angehäuften Lymphzellen. In derselben Höhe, in welcher das follikuläre Gewebe aufhört, endet auch die Erweiterung des Ausführungsganges, der jetzt in normaler Weite zu der hypertrophirten Schleimdrüse verläuft (Saalfeld).

eine massenhafte Anhäufung von geschwelltem lymphatischem Gewebe. Letzteres sei in vielen Fällen mehr einförmig in das netzartige Gewebe der Mukosa infiltrirt, ohne sich zu rundlichen oder länglichen Follikeln zusammenzuordnen; in vielen Fällen jedoch finde man neben regelloser Infiltration auch starke gewucherte Follikel, welche sich durch eine festere Fügung des retikulären Bindegewebes von ihrer Umgebung zu isoliren schienen (Fig. 8).

Die in der Submukosa gelegenen hypertrophirten Schleimdrüsen seien an dem Granulum nicht betheiligt, sondern nur ihr das Gewebe durchbohrender Ausführungsgang. Dahingegen ständen die Schleimdrüsen mit der Bildung des Granulums in ursächlichem Zusammenhange, was daraus hervorgehe, dass inmitten des gewucherten Lymphgewebes der mehr oder weniger erweiterte Ausführungsgang einer hypertrophirten Schleimdrüse gelegen sei.

Wenn wirklich der granuläre Rachenkatarrh erworben werden kann, was ich aber nach meinen Erfahrungen bestreiten muss, so mag Saalfeld's Argumentation richtig sein. Der ererbte granuläre Katarrh verschlechtert sich gewiss stetig, und hierbei dürfte das Sekret der Drüsen wohl ein mitwirkendes Moment für die Vergrösserung des Granulums und für die stärkere Mitbetheiligung der übrigen Schleimhaut abgeben.

Während nun das Epithel in der Nachbarschaft des Granulums seine normale Mächtigkeit beibehielt, die in dasselbe hineinragenden Papillen deutlich ausgebildet waren, fand Saalfeld auf dem Granulum selbst das erstere, „wahrscheinlich durch den Druck des gewucherten lymphatischen Gewebes mehr oder weniger zum Schwund gebracht", so dass zuweilen nur noch zwei Lagen von Zellen zu erkennen waren; mitunter sah er auch die Epithellage auf der Kuppe gänzlich abgestossen und das Granulum erschien wie mit einem Substanzverluste versehen.

Bezüglich der Stoerk'schen Auffassung von der Wesenheit eines Granulums meint Saalfeld, ersterer habe nur jene „auf der Schleimhaut des Rachens, noch häufiger aber auf der des Oesophagus zuweilen sich findende kleine weissliche platte Knöpfchen" untersucht, die sich allerdings als reine Epithelwucherungen darstellten.

Mackenzie's Annahme, dass durch Umsichgreifen der Granulationen auf die Umgebung der Mandeln diese sich vergrösserten, kann ich nicht als berechtigt anerkennen. Dahingegen dürfte meine Behauptung, dass vergrösserte Mandeln ein Wuchern der Granulationen ausserordentlich begünstigen, weil jene den chronischen Rachenkatarrh in hohem Grade steigern, durch die Erfahrung erheblich gestützt werden.

Dass Stoerk den granulären Rachenkatarrh in der Regel bei Individuen mit sehr zarter, magerer Schleimhaut vorkommend gefunden hat, ist nicht zu verwundern. Denn die rothen Körner

heben sich auf blassem Hintergrunde ganz besonders gut ab. Wie ich aber oben schon (Seite 26) zu bemerken Gelegenheit nahm, werden besonders kleinere Granula sehr häufig durch Schwellung und Röthung der Schleimhaut verdeckt, können aber durch geeignete Behandlung sehr wohl zum Vorschein gebracht werden.

Mackenzie's exsudative Form des chronischen Rachenkatarrhes läuft in der Beschreibung auf die sogenannte Pharyngitis sicca hinaus. Auch gewinnt man den Eindruck, als ob er geneigt sei, die letztere als das Endstadium der ersteren zu betrachten. Von der exsudativen Form sprechend sagt er, dass die chronisch entzündeten Rachenfollikel ein weisses dickliches Sekret absonderten, während er als sogenannte „trockene“ Schlundentzündung (Pharyngitis sicca) jenen Zustand der Follikel bezeichnet, in welchem unter dem Fortschreiten des pathologischen Prozesses in denselben ihre Funktionen beeinträchtigt seien, also ihre Sekretabsonderung sozusagen aufgehört habe.

Wendt's rarefizirender trockener Katarrh der Nasenrachenhöhle und des Rachens (Atrophie) wird von ihm selbst als Pharyngitis sicca bezeichnet. Er ist meiner Ansicht nach identisch mit Mackenzie's exsudativer Form. Die zuweilen vorkommende variköse Erweiterung der Venen lässt Wendt bedingt sein durch die Schrumpfung, die Rarefaktion des sie umgebenden Gewebes.

Die hohen Grade von Pharyngitis sicca habe ich nur in Gesellschaft von fötidem, chronischem Nasenkatarrhe gesehen. Wendt hebt auch hervor, dass öfter mit der Rachenaffektion gleichzeitig eine ausgeprägte Atrophie der Nasenschleimhaut vorhanden sei. Dies gebe sich besonders durch Blässe, Trockenheit im Allgemeinen, durch ein eigenthümliches, verkümmertes, schlankes wie nacktes Aussehen der Muscheln und des Vomer kund.

Ob die Pharyngitis sicca mit dem gewöhnlichen granulären Rachenkatarrhe einen gewissen Zusammenhang hat, ist, wie auch Mackenzie erwähnt, bis jetzt mit Bestimmtheit noch nicht ermittelt. Ich halte die unter der trockenen glänzenden Schleimhautfläche liegenden Höckerchen für geschwellte Follikel, oder sie sind von normaler Grösse und werden nur durch die „gespannte“ Schleimhaut deutlicher markirt. Nicht selten sieht man Sekrettropfen aus jenen austreten.

Dass der chronische Rachenkatarrh auf den Zustand des

Kehlkopfes einen sehr schädlichen Einfluss ausübt, ja fast ausnahmslos einen chronischen Katarrh der regio interarytaenoidea (der hinteren Larynxwand) im Gefolge hat und dadurch die Stimme erheblich beeinträchtigt wird, habe ich bereits an anderem Orte [1]) ausgesprochen. Neuestens hat sich ausser Mackenzie [2]) noch Michel [3]), und zwar ausführlicher darüber geäussert.

Ich kann letzterem zwar darin nicht beipflichten, dass eine „höckerige, durch die Granulationen und Hypertrophien unebene Rachenwand zur Bildung von Klangschatten — er zieht eine bucklige Spiegelfläche in Vergleich — beitrage.“ Denn ich kenne Beispiele, bei denen dies Raisonnement durchaus nicht zutrifft, abgesehen davon, dass der physikalische Beweis für jene Behauptungen noch nicht erbracht ist. Theoretisch richtig aber ist, dass „Granulationen und Flächenhypertrophie, die an den hinteren Gaumenbögen sitzen, dieselben belasten und ihre Beweglichkeit vermindern.“ Doch möchte ich nicht mitbehaupten, dass sie dadurch „schwingungsunfähiger würden und die sie treffenden Schallwellen nicht weiter fortpflanzten.“

Ich bin aber sehr wohl mit Michel einverstanden, wenn er sagt, dass „das gewöhnlich mit dem chronischen Rachenkatarrhe verbundene Anstossen und Räuspern für Sänger doppelt unzuträglich werde, weil eine Reibung, Reizung der Stimmbänder jedesmal damit verbunden sei.“

Das Räuspern ist aber, wie ich schon früher ausdrücklich betonte, bedingt durch eine zumeist in Folge chronischen Rachenkatarrhes entstandene chronische Entzündung der regio interarytaenoidea. Daraus resultirt auch das von Michel erwähnte Forciren der Stimme. Dasselbe hat nämlich, wie ich schon in meiner Broschüre (Ueber den Husten) [4]) auseinandersetzte, seinen Grund in der chronisch-entzündlichen Schwellung der Schleimhaut der Interarytaenoidalgegend. Wenn die „normal beschaffene in Falten sich legende Schleimhautpartie (i. e. reg. interaryt.) genau so viel Raum einnimmt, als bei vollkommenem Schluss der Stimmbänder und dichtem Aneinanderliegen der Stimm-

---

[1]) a. a. O. (Ueber den Husten) Seite 19 und 25.
[2]) a. a. O. Seite 44.
[3]) a. a. O. (Mundrachenhöhle und Kehlkopf) Seite 29 u. ff.
[4]) a. a. O. Seite 6 und 19.

fortsätze zwischen den Körpern der Stellknorpel übrig bleibt, so ist es klar, dass dieser Raum zu klein wird, sobald die Schleimhaut geschwellt ist, ein grösseres Volumen besitzt. Die nothwendige Folge davon muss sein, dass die Stimmfortsätze der Stellknorpel und mit ihnen die Stimmbänder sich nicht so weit einander nähern können, als zur Tonbildung erforderlich ist. Hat die Schwellung einen gewissen Grad noch nicht überschritten, so vermag man mittelst erhöhter Anstrengung der hier in Betracht kommenden Muskeln die geschwellte Schleimhaut so weit zusammenzupressen, dass ein Schluss der Stimmbänder erfolgt und der Stimme der heisere Beiklang, den sie sonst haben würde, genommen wird; allein durch die grössere Muskelanstrengung tritt bald Ermüdung ein, und diese Reaktion ist um so bedeutender, je grösser und länger die Ueberanstrengung währte, und sie dauert so lange an, bis die Muskulatur durch die Ruhe ihre Elastizität wieder gewonnen hat. Wird die vorhandene Schwellung der Schleimhaut nicht durch geeignete Behandlung beseitigt, so kann durch die fortwährende Ueberanstrengung der Muskeln sogar Erschlaffung der letzteren eintreten." „Der Sänger verliert das richtige Muskelgefühl, d. h. er singt falsch und die Töne klingen matt und heiser." In ähnlicher Weise äussert sich neuestens (in der zuletzt angeführten Arbeit) auch Michel.

Derselbe erinnert sodann auch noch an die Gerhardt-Philipeaux'sche Angabe, dass Stimmbandlähmungen bei bestehenden Rachenentzündungen durch elektrische Behandlung allein nicht heilbar seien, und dass Gerhardt selbst zwei paralytische Aphonien erst nach Beseitigung der hypertrophirten Mandeln zur Heilung durch den elektrischen Strom habe bringen können. Es scheint Michel entgangen zu sein, dass auch ich diese Wechselwirkung zwischen Rachenorganen und Kehlkopf in einem äusserst eklatanten Falle[1]) habe bestätigen können.

Michel will öfters beobachtet haben, „dass bei Berührung des unteren Endes des hinteren Gaumenbogens oder bei Kauterisation daselbst manchen Patienten augenblicklich die Stimme versagte, dass es ihnen unmöglich war zu sprechen und für einige Momente Heiserkeit eintrat". Dieses Vorkommniss kann ich

[1]) Eine Stimmbandlähmung, durch Elektrizität erst nach operativer Entfernung der hypertrophirten Tonsilla pharyngea zur Heilung gebracht. Deutsche medizin. Wochenschrift Nr. 1. 1877.

aber nicht als eine Wechselwirkung oben beschriebener Art ansehen. Es ist vielmehr nur als eine momentane Behinderung der Stimme, hervorgerufen durch die erregten Würgbewegungen, zu betrachten. Man kann Derartiges sehr oft beobachten, wenn man einen Kranken unmittelbar nach einer Würgbewegung auffordert, zu sprechen. So lange die Muskulatur noch nicht wieder zur Ruhe gekommen ist, so lange hat der Betreffende auch seine Herrschaft über den Stimmapparat noch nicht wieder gewonnen; das ist aber keine Lähmung.

Es erübrigt mir noch, etwas näher auf Wendt's [1]) hyperplastischen Katarrh einzugehen. Derselbe kennzeichnet sich durch Hypertrophie der sogenannten Rachentonsille. „Im Nasenrachenraume ist es besonders das kytogene Lager, welches in seiner hypertrophischen Entwickelung die räumlichen Verhältnisse der Höhle beschränkt und zu Störungen verschiedener wichtiger Funktionen Anlass gibt. Die Massenzunahme ist hier entweder überall in ungefähr gleichem Grade, oder sie ist an manchen Stellen, am häufigsten an der Rachentonsille, vorwiegend ausgebildet. Sie ist meist blos der Art, dass die hervorragenden Theile nur ein massiges Aussehen, eine Verdickung ihres Ueberzuges oder (Tonsille) ihrer Substanz in verschiedenem Grade erlangen, die vertieften Stellen eine Verengung, Abflachung erleiden. Zuweilen ist sie jedoch so beträchtlich, dass ein Herabhängen der Tonsille über die oberen Theile der Choanen oder auch seitlich (selten) über die Tubenmündungen, eine Verengung dieser oder des Rezessus, selbst ein gänzliches Verstreichen und Verwachsen des letzteren eintritt.“

„Der hypertrophische Ueberzug der seitlichen Wand besitzt meist eine gleichmässige, ausser von Follikelhervorragungen nicht unterbrochene Oberfläche. In einzelnen Fällen sind die kytogen bekleideten Stellen in kleine rundliche, flache, selbst halbkugelige oder zapfenartige Höcker, in leistenförmige Wülste erhoben. In dem nicht kytogenen Theil, der vorderen Tubengegend, ist die Dickenzunahme der Schleimhaut zuweilen mit Faltenbildung verbunden. Innerhalb des hypertrophischen kytogenen Lagers findet meist auch eine Vermehrung des gewöhnlichen Bindegewebes statt, welches die Drüsen und Gefässe begleitet.“

[1]) a. a. O. Seite 305 u. ff.

„Die Bedeutung der Hypertrophie ist hauptsächlich darin zu suchen, dass sie den chronischen Katarrh, aus welchem sie meist ihren Ausgang nahm, unterhält, seine Heilung oder Besserung erschwert. Ferner kann durch hypertrophische Theile die Behinderung wichtiger Funktionen herbeigeführt werden. Es ist im Wesentlichen die Volumenzunahme der Schleimhaut, mit Verengerung, mit Abschluss (gegen Nase und Ohr) der Höhle einhergehend, welche hier in Betracht kommt.“

Ich kann mir die Hypertrophie der Rachentonsille nicht als eine Folge des chronischen Rachenkatarrhes denken, viel eher dagegen als eine Ursache desselben. Ich halte dafür, dass, wie ich auch schon früher anderwärts [1]) mich aussprach, die Rachentonsille am ehesten mit der Thymusdrüse oder den Gaumenmandeln in Vergleich gezogen werden könne. Ich habe wenigstens gefunden, dass die adenoide Substanz im Nasenrachenraume bei Kindern unverhältnissmässig gross und um so voluminöser angetroffen wird, je jünger das damit behaftete Individuum ist. Bildet sich nun die Rachentonsille nicht zurück, oder ist sie von vornherein sehr gross angelegt gewesen, so können sich sehr wohl chronisch-katarrhalische Zustände entwickeln, gerade so wie hypertrophische Gaumenmandeln einen fortwährenden Reiz in ihrer Umgebung unterhalten.

Ich will nicht bestreiten, dass im Laufe eines chronischen Rachen- oder Nasenkatarrhes sich auch im kytogenen Lager die Gewebselemente vermehren können; allein die Hypertrophie der Rachentonsille entsteht nicht; sie ist angeboren. Ich glaube das schon um desswillen, weil ich bei Kindern die Rachentonsille relativ stets, absolut zumeist grösser gefunden habe, als bei Erwachsenen. Uebrigens verweise ich diesbezüglich auf das schon auf Seite 24 Gesagte.

Aehnlich verhält es sich mit den Gaumenmandeln. Werden sie hypertrophirt gefunden, so sind sie dies von Geburt an gewesen. In den meisten Fällen wissen die Eltern dies auch zu bestätigen. Ich bin auch nicht der Meinung, dass häufige Phlegmonen der Mandeln diese zur Hypertrophie brächten. Es kommen die akuten Mandelentzündungen vielmehr fast ausnahmslos an hypertrophischen Mandeln vor.

[1]) Medizin.-chirurg. Zentralblatt Nr. 28. 1878 und Journalrevue desselben von 1880. Seite 96. u. f.

V. Therapie.

A. Chronischer Nasenkatarrh.

Zur richtigen Behandlung eines chronischen Nasenkatarrhes gehört bei allen Autoren eine conditio sine qua non: Das Ausspritzen der Nase. Die Einen halten die sogenannte Nasendouche, die Anderen die Spritze von vorne, und wieder Andere die Retronasaldouche für das geeignetste Instrument, die Nase von den Sekretmassen zu befreien.

Als Ausspritzungsflüssigkeit findet man durchgehends warmes, ja manchmal recht warmes Wasser, in welchem entweder Adstringentia, Desinfizientia oder Resolventia in verschiedener Konzentrirung gelöst sind, verordnet. Neuestens empfiehlt Michel[1]) sowohl bei Ozaena wie bei chronischem Nasenkatarrh die Nasendouche mit kaltem Wasser ausführen zu lassen.

Ich empfehle seit $2^1/_2$ Jahren in den Fällen, bei denen ich eine Ausspritzung der Nase für unbedingt nöthig halte, „kühles", d. h. kaum laues Wasser.[2]) Warmes Wasser eignet sich deshalb nicht zur Ausspritzung der Nase, weil es die Schleimhaut ausserordentlich erschlafft und dadurch eine recht unangenehme Verlegung der Nase herbeiführt. Ganz kaltes Wasser kann ich deshalb nicht anrathen, weil es für den Kranken entschieden unangenehm, ja schmerzhaft ist. Das habe ich öfters bei Nasenbluten erprobt, wenn ich zur Stillung desselben kaltes Wasser benutzte. Eine Zusammenziehung der Schleimhaut erreicht man aber auch schon mit „kühlem" Wasser in hinreichendem Grade. Haben sich die Kranken erst an dieses

[1]) a. a. O. (Krankheiten. d. Mundrachenh. u. d. Kehlkopfes) Seite 7.
[2]) Ich machte hierauf schon vor Michel aufmerksam, u. zw. im Mediz.-chirurg. Zentralblatt Nr. 1 und 2. 1880.

gewöhnt, so nehmen sie später sehr oft aus eigenem Antriebe, wenigstens im Sommer, einfach abgestandenes Wasser.

Seit fast 2 Jahren wende ich die Ausspritzung der Nase nur noch sehr selten an. Allein in den allerschlimmsten Fällen von chronischem Nasenkatarrhe, insbesondere aber wenn derselbe fötider Natur ist, lasse ich die Nase noch ausspritzen. Dieses geschieht alsdann 4—6—8mal täglich mit je einem halben Liter Wasser, in welchem Soda, Chlorkali oder Kochsalz gelöst ist. Als Instrument verwende ich eine Spritze von etwa 100 Grm. Inhalt, mit konischer, kurzer Spitze. Am meisten verwende ich Soda und Chlorkali, seltener Kochsalz. Ich verwende keine Adstringentia, weil ich mich niemals davon habe überzeugen können, dass sie irgend welche Heilwirkung im vorliegenden Falle besitzen, dahingegen, wenn sie unglücklicher Weise in's Mittelohr eindringen, dort weit üblere Wirkungen entfalten sollen, als jene von mir genannten.

Ueber die Th. Weber'sche Nasendouche äussert sich Weber-Liel[1]) folgendermassen:

„Es handelt sich dabei nicht um einen kontinuirlichen Wasserstrahl, sondern um einen solchen, welcher in den sich folgenden Momenten mit der Abnahme des Druckes bei fortschreitender Entleerung des Wassergefässes immer schwächer wird, und auch deshalb absatzweise wirkt, weil die den Schlauch haltende Hand nicht ganz ruhig und unverrückt gehalten zu werden pflegt. Demgemäss beobachtet man denn auch, dass während der Einwirkung dieser Douche die Kontraktion der sichtbaren Muskelgebilde keine gleichmässige ist, sondern dass sich die hinteren Gaumenbögen in einer Art zitternder Bewegung, in einem Zustande wechselnder Kontraktion befinden. Wenn also der Levator veli es ist, der den introitus tubae, bei seiner reflektorischen Kontraktion wallartig vortretend, vor dem Eindringen der einströmenden Flüssigkeit schützt,[2]) so ist es begreiflich, wie in den Momenten der nachlassenden Muskelanschwellung die gewissermassen ruckweise durch die Nase einströmende Flüssigkeit Gelegenheit findet, in die Tuba vorzudringen. Dazu kommt, dass nach Experimenten, welche ich

[1]) Zur Anwendung der Nasendouche. Berliner klinische Wochenschrift Nr. 13. 1878

[2]) Voltolini sagt a. a. O. Seite 242: „Während das Gaumensegel nach oben und hinten steigt, legt es sich zugleich in das Ostium tubae hinein und verschliesst dieses wie ein Ventil.“ (Rhinoskopie und Pharyngoskopie)

selbst mit einigen meiner Zuhörer mit verschiedenen Arten der Nasendouche gemacht habe, es kaum möglich ist, die Douche länger als eine halbe Minute hintereinander wirken zu lassen, ohne dass der Nisus oder die Nöthigung zu einem Schluckakt eintritt. Hierbei wird aber wiederum Gelegenheit zur Eröffnung des Tubeneinganges gegeben, und wenn nicht sofort die Douche unterbrochen wird, muss Flüssigkeit in die Tuba eintreten, die dann bei längerer Fortdauer des Druckes der Douche in das Mittelohr weiter eingetrieben wird."

Als noch schlechter als die sogenannte Nasendouche erklärt Weber-Liel die Davidson'sche Spritze (Klysopomp), mittelst welcher man durch das stossweise Zusammenpressen eines Gummiballons die aus dem Wassergefäss aspirirte Flüssigkeit in die Nase treibt.

Michel[1]) redet dieser Spritze ganz besonders das Wort. Ich bin dagegen mit der Beurtheilung von Weber-Liel sehr einverstanden. Denn das ruckweise Eintreiben von Wasser in die Nase kann unmöglich günstig auf das Verschlossenbleiben der Tuben einwirken, es entstehen dabei sehr leicht Schlingbewegungen.

Weber-Liel bedient sich einer Glasspritze mit olivenförmiger Spitze, die an jener Nasenseite angesetzt wird, welche sich als die engste erwiesen hat. Ich kann diese Kautele nur empfehlen; man erfährt dadurch viel seltener das in seinen Folgen oft so unangenehme Eindringen von Flüssigkeit in's Mittelohr.

Die Stempelspritze, wie auch ich sie verwende, gibt einen gleichmässigen Wasserstrom, der doch nicht länger anhält, als das Gaumensegel seine Spannung zu erhalten vermag. Ein weiterer Vorzug, den diese Spritze vor der Davidson'schen und der Douche hat, ist der, dass sie eine grössere Aufmerksamkeit von Seiten des Kranken in ihrer Handhabung erfordert. Nachlässigkeit in dieser reisst viel weniger leicht ein. Ausserdem wird sie selten ohne Anordnung eines Arztes gekauft, eben weil sie sich nicht so bequem handhaben lässt, wie jene.[2])

[1]) a. a. O. Seite 40. (Nasenrachenraum etc. 1876)

[2]) Die Nasendouche und das Klysopomp richten wohl am meisten Unheil in den Händen derer an, die sie aus eigenem Antriebe anwenden oder einfach eine Nasendouche verordnet bekommen, ohne dass sie eingehendere Anleitung zu ihrem Gebrauche erhalten. Das letztere ist sehr geeignet, zur Schädigung des Ansehens des ärztlichen Berufes nicht unwesentlich beizutragen. In unserer Zeit sollte man wissen, dass ein „veralteter Schnupfen" durch eine einfache Verordnung einer Nasendouche nicht geheilt werden kann, abgesehen davon, dass die Art und Weise der Verordnung ein sehr wichtiges Organ in hohem Grade zu gefährden vermag.

Ich entleere das Wasser aus der Spritze in die Nase stets nur mit mässigem Drucke. Ich finde die Ansicht Weber-Liel's, dass bei einer kräftigen Entleerung der Spritze „die reflektorische Kontraktion der muskulösen Gebilde des Gaumensegels so energisch erfolge, dass dadurch der Eingang der Tuben nicht nur zur Seite geschoben, sondern vollständig verlegt" werde, bei Weitem nicht in allen Fällen für zutreffend. Es kommt nicht selten vor, dass das mit kräftigem Drucke in die Nase entleerte Wasser eher in der Tube ist, als das Gaumensegel sich insoweit kontrahiren konnte, dass durch dasselbe der Eingang zur Tube rechtzeitig verlegt wurde.

Bei gut geübten Kranken darf man wohl einen stärkeren Druck anwenden; allein ich sehe dessen Nothwendigkeit nicht ein. Sind Borken zu entfernen, so entfernt man sie besser durch öfteres Ausspritzen oder mit der Pinzette, als durch einen kräftigen Wasserstrahl, der dem Ohre Gefahr bringt.

Für nicht unwesentlich erachte ich es, die Kranken anzuweisen, während des Ausspritzens der Nase den Kopf leicht vornüber geneigt zu erhalten, damit das Wasser leichteren Abfluss findet, da der Nasenboden ohnehin nach hinten hin geneigt ist.

Ferner mache ich die Kranken ausdrücklich darauf aufmerksam, während des Ausspritzens nicht zu schlucken, dagegen den Mund zu öffnen, ruhig durch denselben zu athmen. Es ist sehr selten, dass die Kranken diese Anordnungen nicht sogleich richtig auszuführen vermögen. Ernster Zuspruch führt aber auch hier zum Ziel.

Einen besonderen Werth lege ich darauf, die erste Ausspritzung der Nase selbst vorzunehmen und die Kranken nicht eher zu verabschieden, als bis dieselben die Prozedur des Ausspritzens an sich selbst richtig ausführen. Auf diese Weise erlangt man die grösstmögliche Garantie, dass das Mittelohr vom Eindringen des Wassers verschont bleibt.

Ist die Ausspritzung vollendet, so lasse ich noch für einen Augenblick das Wasser aus der Nase abtropfen. Ich mache dabei die Kranken darauf aufmerksam, dass sich einige Zeit nach Vollendung der Ausspritzung immer noch etwas Wasser in der Nase befinde, weshalb es nicht statthaft sei, die Nase zu schneuzen, indem man ihre beiden Oeffnungen zusammen-

drückt. Es dürfe vielmehr immer nur ein Nasenloch verschlossen werden, damit die Luft durch das andere ungehindert austreten könne. Wenn man nämlich beide Nasenlöcher schliesse und diesen Verschluss beim Schneuzen durch von hinten mit Gewalt in die Nase getriebene Luft sprenge, so trete nicht nur Luft, sondern auch leicht von dem in dem Nasenrachenraum zurückgebliebenen Wasser ins Mittelohr, was leicht Entzündungen desselben zur Folge haben könne.

Weber-Liel hat in Gemeinschaft mit Acker bezüglich der Frage, „ob alle Flüssigkeiten, wenn sie in das Mittelohr gelangen, eine so feindliche Wirkung ausüben, dass daraus eine heftige, reaktive Entzündung resultiren muss", an Thieren experimentell und an Menschen nach den bekannt gewordenen Fällen festgestellt, dass in allen Fällen von gefährlicher Mittelohrentzündung Eindringen von Salzwasser stattgefunden hatte, während bei Anwendung von schwachen Sodalösungen „dergleichen üble Zufälle noch nie" von Weber beobachtet wurden.

Ich selbst habe sehr selten Mittelohrentzündungen im Gefolge von Ausspritzung der Nase gesehen. Ich bin aber geneigt, dies weniger dem medikamentösen Zusatze, sei er Soda, Chlorkali oder Kochsalz, als vielmehr dem Umstande zuzuschreiben, dass ich mit grösster Sorgfalt jeden Kranken in der Handhabung der Spritze instruire.

Bei den Kranken, welche ich die Nase ausspritzen lasse, halte ich darauf, dass die täglichen Ausspritzungen in möglichst gleichen Zwischenräumen vorgenommen werden. Sobald sich die Sekretmenge vermindert, setze ich auch die Zahl der Ausspritzungen herab. So gelingt es selbst in den allerschlimmsten Fällen von profusem Nasenkatarrhe, natürlich unter Beihilfe anderweitiger lokaler Behandlung, die Ausspritzung der Nase allmälig auf ein Mal im Tage zu reduziren. In vielen Fällen kann ich schon nach einigen Monaten die Ausspritzungen gänzlich sistiren, in anderen werden dieselben je nach Bedarf genommen. Es gibt eine grosse Anzahl Kranker, die eine einmalige tägliche Ausspritzung der Nase auch dann noch vornehmen, wenn es gar nicht mehr nöthig ist; sie behaupten, es sei ihnen zum Bedürfniss geworden. Ich rathe aber stets, sich von diesem Bedürfnisse zu entwöhnen; denn die Nasenhöhle dient nicht dem Durchflusse von Wasser als Zweck; auch leidet das Geruchsvermögen dabei.

Schon sehr lange Zeit als fötid bestehende Katarrhe werden meiner Meinung nach stets eine einmalige tägliche Ausspritzung erfordern, auch dann noch, wenn die Kranken gar nicht mehr durch den Katarrh belästigt werden. Es findet sich nämlich in solchen Fällen immer noch eine geringe Menge graugelben Sekretes im oberen Nasenrachenraume. Dieses bleibt dort gerne haften, und ich habe nach Abstellung der Ausspritzungen in kurzer Zeit den alten Katarrh, wenn auch nicht in sehr belästigender Weise, wiederkehren sehen. Ich habe daraus den Schluss gezogen, dass fötide Katarrhe hohen Grades zu einer totalen Heilung vielleicht nur in vielen Jahren geführt werden können. Deshalb erachte ich es für die Kranken auch für vortheilhaft, wenn sie nach scheinbarer Heilung ihres Uebels doch noch vierteljährlich einmal dem Arzte sich vorstellen. Rezidive werden auf solche Weise jedenfalls viel leichter hintangehalten.

In den Fällen von profuser, nicht fötider Absonderung aus der Nase lasse ich Sodalösung (1 abgestrichener Theelöffel auf $^1/_2$ Liter Wasser) 4—6—8 mal täglich durch die Nase spritzen; bei dem fötiden Katarrhe verordne ich Chlorkalilösung (1 Esslöffel auf $^1/_2$ Liter Wasser).

Diese Anordnungen treffe ich jedoch nicht von vornherein, wenn nicht die Nase mit, sei es trockenen, sei es flüssigen Sekretmassen total ausgefüllt ist. In solchen Fällen bin ich also behindert, vorerst den Zustand der Nasenschleimhaut zu konstatiren; deshalb sorge ich durch Ausspritzung der Nase zunächst für Reinigung der Schleimhautoberfläche.

Sind die Sekretmengen nicht so reichlich, und gelingt es mir, die Gegend des vorderen Endes der mittleren Muschel sowie die Nasengänge von Schleim einigermassen (durch die Myrthenblattsonde) zu befreien, so blase ich ein schwaches Pulver von Argent. nitr. in die obere Partie der Nase, also in der Richtung nach dem vorderen Ende der mittleren Muschel. Meist zeigt es sich schon nach wenigen Einblasungen, ob ich die Ausspritzung der Nase noch zu Hilfe ziehen muss; in den allermeisten Fällen bedarf es ihrer aber nicht.

Die Einblasungen mache ich mittelst eines Kehlkopfbläsers, dessen Spitze aber nicht rechtwinkelig abgebogen ist (vergl.

punktirte Linien (h) der Fig. 9). Dieses Insufflationsrohr hat von mir einige für den Arzt sehr vortheilhafte Verbesserungen erfahren. Ich beschrieb dasselbe ausführlicher an anderem Orte.[1]) Das Ventil (d) ist hinten im Rohre eingeschlossen; es erfüllt seinen Zweck hauptsächlich dann, wenn das Rohr zum Einblasen von Pulvern in den Kehlkopf benutzt wird. Es kommt nicht selten vor, dass der Athemstrom des Patienten das Pulver im Rohre nach rückwärts treibt, wodurch entweder der hier angebrachte Ballon oder aber, falls mit dem Munde geblasen wird, der Gummischlauch bald unbrauchbar wird; ausserdem bekommt bei letzterer Konstruktion der Arzt sehr häufig Theile des Pulvers in seine Mundhöhle, zumal wenn der Larynx durch irgendwelche Prozesse verengt ist. Durch das Ventil werden diese unangenehmen Zufälle verhindert. Es muss aber leicht beweglich konstruirt sein, auch zur Reinigung von etwa anhaftenden Pulvertheilen (bei a″) herausgenommen werden können; das Endstück (g) ist deshalb mit einem Schraubengewinde versehen.

Fig. 9.



Eine zweite Neuerung des Rohres besteht darin, dass ich das Rohr in der Mitte theilen liess, so zwar, dass seine vordere Hälfte (bei a) aus der hinteren herausgenommen werden kann. Hierdurch wird das Rohr geeigneter, in Etuis Platz zu nehmen, kann auch leichter gereinigt werden. Dann auch hängt damit die Hauptneuerung des leicht abnehmbaren Verschlussschiebers zusammen.

Der Verschlussschieber (b) klemmt bei den gewöhnlichen Rohren nach hinten hin (auf Fig. 9 nach a′ hin); derselbe kann nicht abgenommen werden, ohne die vordere Krümmung des Rohres in der Hitze gerade zu richten. Das letztere geschieht meistens nicht, und so kommt es, dass der Schieber von dem ihm anhaftenden Pulver nicht gereinigt wird. Dadurch aber vermag derselbe nach einiger Zeit die Einlassöffnung (c) nicht mehr vollkommen zu schliessen; erzwingt man es doch, so klemmt derselbe sich so fest, dass er beim Oeffnen vielfach zerbricht.

[1]) Ein verbessertes Insufflationsrohr. Deutsche medizinische Wochenschrift Nr. 12. 1879.

Um diesen Uebelstand zu umgehen, liess ich den Schieber (b) nach vorne hin (bei ff) klemmen, und brachte hinten (bei a') ein Gewinde an, so dass das Rohr daselbst auseinander genommen werden kann, wodurch der Schieber mit Leichtigkeit abnehmbar ist und gereinigt zu werden vermag.

Das Insufflationsrohr ist aus Hartgummi gefertigt und ist hinten (bei g) mit einem Gummischlauch, von 30 Ctm. Länge, und einem Mundstück versehen. Ich benutze beim Einblasen einen auf dem Fussboden stehenden Gummiballon, der mit dem Rohr durch einen entsprechend langen Schlauch verbunden werden muss. Dadurch wird die Handhabung des Rohres eine freiere und für den Kranken auch wohl angenehmere. [1])

Was nun die Stärke der einzublasenden Pulver anbelangt, so hat es sich bei meiner Methode nöthig erwiesen, unter die gewöhnlichen Angaben sehr bedeutend herunterzugehen. Michel [2]) sagt: „Ungleich rascher (als Ausspritzungen der Nase mit Kali chloricum) aber wirken Einblasungen von Argent. nitr. 1 : 10—8—6 Talkum, die von vorne und abwechselnd vom Munde aus etwa einen über den anderen Tag stattzufinden haben."

Ich kann auf's Bestimmteste behaupten, dass es wenige Individuen gibt, welche eine Einblasung von Argent. nitr. 1 : 10 ohne rasende Schmerzen ertragen, wenn das Pulver wirklich in den oberen Abschnitt der Nase, wo allein es von Nutzen sein kann, hinaufgeblasen wird. Freilich, wenn man einfach durch das Nasenloch das Pulver hineintreibt, ohne das Rohr nach oben zu richten, so werden auch noch stärkere Pulver ohne nennenswerthe Schmerzen ertragen, aber nur deshalb, weil das Pulver allein den Nasenrachenraum trifft; dann aber hat das Pulver auch keinerlei Wirkung auf den Nasenkatarrh.

Ich habe im Laufe der Jahre gefunden, dass ich sechs verschiedener Stärken des Argent. nitr. Pulvers bedarf.

	Nr. I.	Nr. II.	Nr. III.	Nr. IV.	Nr. V.	Nr. VI.
Argent. nitr.	0·05	0·1	0·15	0·25	0·50	1·0
Amyli	10·0	10·0	10·0	10·0	10·0	10·0

[1]) Mein Insufflationsrohr liefern Gebrüder Weil in Frankfurt a. M. für 4·0 Mark, sowie H. Reiner, Wien IX, van Swieteng. 10, für 2·20 fl. ö. W. oder 4·0 Mark. Den Tretballon liefern Gebrüder Weil für 6·0 Mark.

Die Insufflationsrohre, welche H. Reiner fertigt, sind in drei verschiedenen Durchmessern zu haben. Das dünnste Rohr benutze ich für die Nase, während ich das weiteste ausschliesslich für Morphium-Insufflationen verwende.

[2]) a. a. O. (Nasenhöhle und Nasenrachenraum) Seite 21.

Während ich früher als Konstituens der Pulver Talkum verwendete, ziehe ich in neuerer Zeit Amylum vor. Ich fand nämlich, dass Talkum sich mit der Zeit etwas schwärzte, was ich bei Amylum seit jetzt länger als $^1/_2$ Jahre nicht beobachten konnte. [1])

Ich beginne meine Einblasungen in die Nase mit Nr. I, und zwar nehme ich zunächst nur wenig, etwa so viel, dass die Einlassöffnung meines Insufflationrohres zur Hälfte gefüllt ist. Auch nehme ich selten beide Nasenhälften am ersten Tage gleichzeitig vor. Sehr häufig erfolgt nämlich selbst auf das schwächste Pulver schon starkes Thränenträufeln, Verlegung der Nase und profuse wässerige oder dünnschleimige Sekretion. Die Dauer dieses Zustandes ist verschieden, geht aber selten auf den folgenden Tag über. Es ist ein sehr unbehagliches Gefühl, wenn in solchem Falle beide Nasenhälften zu gleicher Zeit in Behandlung genommen werden. Daher rathe ich die erste Einblasung nur einseitig vorzunehmen.

Oft ist die Reaktion von sehr kurzer Dauer und die Einblasungen machen in Folge dessen keine sonderlichen Beschwerden. Stets aber — mit wenigen Ausnahmen — empfindet der Kranke mit dem Nachlassen der Reaktion eine Erleichterung seiner ursprünglichen Beschwerden in derjenigen Nase, welche die Einblasung erfahren hat: sie bleibt länger wegsamer als früher, und etwa vorhanden gewesener Druck in der Gegend der Nasenwurzel oder Stirn lässt nach. Je älter der Katarrh ist, desto geringer natürlich ist der Erfolg.

Kann ich annehmen, dass der Kranke die erste Einblasung gut erträgt — und hierfür finde ich ein ziemlich zuverlässiges Zeichen darin, wenn der Kranke unmittelbar nach dem Einblasen kein besonders unbehagliches Gefühl in der Nase hat — so nehme ich die zweite schon am folgenden Tage vor. In zweifelhaften Fällen aber bestelle ich den Kranken erst auf den nächstfolgenden Tag.

---

[1]) Ich verwende jetzt überhaupt für alle Pulver das Amylum als Konstituens. Für Tannin und Alaun ist es entschieden das beste, da diese alsdann stets trocken bleiben. Den Einwand, dass solche Pulver sich beim Einblasen leichter ballten, als wenn andere Konstituentia verwendet würden, kann ich nicht gelten lassen. Wenn ich im richtigen Augenblicke die Insufflation in den Kehlkopf vor sich gehen lasse, so wird die Fläche gleichmässig getroffen. Presst der Kranke im Moment des Einblasens oder geschieht letzteres mit Gewalt oder wird gar, wie es leider all zu oft stattfindet, das Pulver anstatt in den Larynx in den unteren Theil des Pharynx gebracht, so ballt sich jedes Pulver, einerlei was ihm als Konstituens dient.

Sind beide Nasen chronisch-katarrhalisch affizirt, was ja meistens der Fall ist, so mache ich die zweite Insufflation auf der bisher nicht behandelten Seite. Ergab die erste keine nennenswerthen Beschwerden, so kann man jetzt beide Nasen gleichzeitig vornehmen.

Ist das Sekret der Nase als ein dickflüssiges zu betrachten, so steige ich mit der Stärke der Pulver den Nummern nach so lange, bis der Kranke entweder nennenswerthe Besserung aufweist oder über stärkere Eingenommenheit des Kopfes sich beklagt; auch vermehre ich in solchen Fällen die Quantität des Pulvers, indem ich die ganze Einlassöffnung des Rohres fülle.

Immer aber warte ich die Reaktion der einen Ordination ab, bevor ich eine weitere folgen lasse. Das gilt mir als ein Hauptgrundsatz bei Behandlung eines jeden chronischen Katarrhes. *Auch richtet sich meine jedesmalige Ordination nur nach dem neuestens festgestellten Befunde.* Eine *schablonenmässige* Behandlung, wie sie leider noch so überaus häufig geübt wird, die fortgesetzte und so vielfach täglich verordnete Anwendung eines und desselben Mittels, auch wenn sich der Zustand des Kranken nicht zum Besseren wendet, ist eine *Fahrlässigkeit, der eine wirkliche Sorge für das körperliche Wohl des Kranken nicht* zu Grunde liegt. Es genügt nicht, *im Allgemeinen zu individualisiren*, man muss diesen Grundsatz auch für *jede Ordination* zur vollen Geltung kommen lassen.[1])

Durch die Einblasung des Argent. nitr. in die Nase erreiche ich in wenigen Ordinationen eine nicht unerhebliche Veränderung des Sekretes: es wird dünnflüssiger und in Folge dessen auch leichter und rascher entfernt; auch nimmt dessen Quantität sehr

[1]) Es ist sehr beschwerlich und umständlich, gegen ererbten Schlendrian anzukämpfen, weil man sich meist dadurch weder auf der einen noch auf der anderen Seite Dank erwirbt. Würden doch alle Aerzte ihr wissenschaftliches Ansehen mehr wahren, wenn sie ein Urtheil über einen Krankheitsfall erst dann abgäben, wann es auch wirklich möglich ist, und dasselbe so lange zurückhielten, bis sie es begründen könnten. Dann würden sie auch von den Kranken nicht so vielfach zur Modifikation ihrer Verordnungen bestürmt und genöthigt werden, auch wenn dieselben richtig sind: *Das Publikum würde es weniger wagen, sich in reinärztliche Fragen vordringlich einzumischen, weil die Achtung vor dem Wissen und dem Urtheil des Arztes ihm nicht fehlen könnte.* Arzt und Publikum hätten dann zum mindesten gleichen Vortheil: auf der einen Seite eine grössere Garantie einer wissenschaftlich richtigen Behandlung, auf der anderen Seite das Bewusstsein *wirklicher* Pflichterfüllung. Fiat!

rasch ab. In den Fällen geringeren Katarrhes mit mässiger Absonderung vermindert sich die Schwellung der Schleimhaut gleichfalls nach den ersten Einblasungen, jedoch nicht in jenem Grade, in welchem das Sekret sich verändert. Jedoch erweist sich in sehr vielen Fällen dieser Art die Galvanokaustik als noch nicht nothwendig, indem die Schwellungen der Schleimhaut, wenn die Einblasungen in richtiger Weise vollführt werden, durch diese allein in wenigen Wochen beseitigt werden.

Wendet man die Galvanokaustik an, wogegen ich an sich nichts einzuwenden habe, so erzielt man das gleiche Resultat in keineswegs kürzerer Frist. Die Anwendung der Galvanokaustik bringt aber entschieden mehr Unzuträglichkeiten mit sich, als die Einblasung von Argent. nitr. in den angegebenen Dosen; auch verhütet jene etwaige Rezidive durchaus nicht sicherer als diese.

Bei stärkeren Schwellungen der Schleimhaut aber erweist sich die galvanokaustische Behandlung[1]) schon nach einigen Einblasungen als die geeignetste. Früher pflegte ich die Schwellungen der Nasenschleimhaut mit einem Flachbrenner zu kauterisiren; man trifft jene damit in der Fläche wohl ausgiebiger, allein der Erfolg ist nicht sehr nachhaltig. In neuerer Zeit pflege ich mit einem schmalen oder sogar spitzen Brenner tiefe strichweise Kauterisationen vorzunehmen, z. B. die untere Muschel über ihre ganze Länge zwei bis drei Mal. Dadurch erziele ich einen nachhaltigeren Erfolg, wahrscheinlich weil die hierdurch gesetzten Narben mehr Resistenzfähigkeit besitzen.

Die Entzündungserscheinungen nach der Applikation des Galvanokauters sind oft sehr erhebliche. Ich rathe deshalb nur selten mehr als eine Stelle, wie z. B. eine Muschel oder die Scheidewand etc., zu gleicher Zeit zu kauterisiren. Auch sollte man an derselben Stelle oder in ihrer Nähe nicht eher wieder den Galvanokauter anwenden, als bis die Reaktion des ersteren Eingriffes vorüber ist.

Man lernt im Laufe der Zeit ziemlich genau den Zeitpunkt schätzen, bis zu welchem eine weitere Ordination folgen kann. Ich überlase es niemals dem Ermessen des Kranken, wann er sich wieder vorzustellen hat, sondern ich bestimme selbst ihm genau den Tag dazu. Es kommt

[1]) Ich benutze die Voltolini'sche Tauchbatterie, die ich für meine Zwecke als vollkommen ausreichend, bequem und preiswürdig befunden habe.

mir sehr selten vor, dass ich den Termin zu kurz festsetze. Auf diese Weise erspare ich dem Kranken unnöthige Besuche einerseits und andererseits gewöhne ich ihn an pünktliche und sorgfältige Ausführung meiner Verordnungen, was zum schliesslichen Gelingen der Behandlung nicht unwesentlich beiträgt.

Die Schwellungen der Schleimhaut der unteren Muschel bleiben sehr häufig schon nach einer galvanokaustischen Sitzung für einige Zeit, oft 4—6 Wochen, beseitigt; weniger rasche und andauernde Erfolge erzielt man mit jenen der Scheidewand und der mittleren Muschel, besonders wenn letztere der ersteren sehr nahe anliegt. Je nach dem Befunde müssen die Kauterisationen mehr oder weniger oft mit den nöthigen Pausen wiederholt werden Unterstützend wirken in diesen Fällen die oben beschriebenen Einblasungen von Argent. nitr. in den oberen Abschnitt der Nase, jedoch wähle ich die Pausen hierbei etwas grösser, als vorhin angegeben, zwischen 4 und 8 Tagen; auch mache ich selten mehr als drei Insufflationen hinter einander. Diese sind deshalb sehr zweckdienlich, weil sie die durch die Kauterisation gesetzte Entzündung rascher beseitigen, auch den Schorf eher zur Lösung bringen.

Ist es nun gelungen, die Schwellungen der Nasenschleimhaut so weit zu beseitigen, dass der Kranke sich wohl fühlt, so darf man nicht vergessen, denselben darauf ausdrücklich aufmerksam zu machen, dass seine Heilung keine definitive ist, dass der erzielte Erfolg nur als ein temporärer angesehen werden darf. Er muss also angewiesen werden, sich in einer bestimmten Frist wieder vorzustellen. Kommt er dieser Weisung nicht nach, so wird der richtige Augenblick des Wiedereingreifens versäumt. Es stellen sich die alten Beschwerden allmälig wieder ein; der Kranke empfindet es oft nicht eher, als bis der frühere Zustand wieder zurückgekehrt ist. Nicht selten auch werden in solchen Fällen die gegebenen Vorschriften bezüglich der Lebensweise ausser Acht gelassen, und so kehrt das alte Uebel nur um so frühzeitiger wieder. Je hochgradiger übrigens der Katarrh war, je länger er schon bestand, desto kürzer dauert die erzielte Besserung.

Wenn die ersten Symptome des chronischen Nasenkatarrhes sich wieder geltend zu machen beginnen, darf der Kranke nicht säumen, sich wieder vorzustellen. Ich pflege, sobald der Katarrh eine wesentliche Besserung erfahren hat,

die Kranken in Abschnitten von 3—4—6 Wochen wieder zu bestellen. Meist hat sich alsdann wieder eine leichte Schwellung der Nasenschleimhaut an dieser oder jener Stelle eingefunden. Je nach dem Grade derselben genügt die Einblasung eines schwächeren Pulvers oder die Anwendung des Galvanokauters in einmaliger Sitzung, um für einige, gewöhnlich längere Zeit einen vollkommen befriedigenden Zustand herzustellen. So verlängern sich die einzelnen Termine immer mehr, bis schliesslich der Zustand der Nasenschleimhaut als ein ziemlich normaler angesehen werden kann.

Bezüglich der einzelnen Pulverstärken möchte ich noch bemerken, dass, je intensiver der Katarrh, je dicker und auch je fötider das Sekret ist, desto eher auch die höheren Nummern indizirt sind und ertragen werden. Fange ich auch meist mit Nr. I an, so steige ich in derartigen Fällen doch rasch aufwärts, indem ich je nach dem Befinden des Kranken die eine oder andere Nummer überschlage.

Es ist erstaunlich, wie häufig fötide Katarrhe nach mehrmaligen Einblasungen schon von Nr. IV ihre Qualität verändern: der fötide Charakter vermindert sich auffällig. Natürlich muss das Pulver hoch oben in die Nasenhöhle gebracht werden.

Komme ich in einem einzelnen Falle fötiden chronischen Nasenkatarrhes in den ersten 14 Tagen nicht zu nennenswerthen Resultaten, so verordne ich den Gebrauch der Nasenspritze. Dies kommt aber so selten vor, dass ich es fast als Ausnahme bezeichnen kann.

Einen Fall aber muss ich hier besonders erwähnen. In demselben wollte es mir mit keinem Mittel, auch nicht mit der Ziem'schen Auslüftung [1]) der Nase, gelingen, den Fötor gänzlich zu beseitigen. Ich konnte manchmal selbst bei sorgfältigster Untersuchung gar kein Sekret im Nasenraume auffinden, und doch war Fötor vorhanden. Schliesslich kam der Patient nicht wieder, so dass ich nicht weiss, was noch daraus geworden ist; vielleicht genügte ihm auch die erzielte Besserung. Ich hatte aber auch die Gottstein'sche [2]) Tamponade vorgeschlagen. Vielleicht war sie auch in diesem Falle nicht am Platze; denn die Nasenschleimhaut wies allenthalben beträchtliche Schwellung auf.

---

1) a. a. O.

2) Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 37. 1878. Breslauer ärztliche Zeitschrift Nr. 17 und 18. 1879. Berlin. klin. Wochenschrift Nr. 4. 1881.

In diesem Falle, wie auch in vielen anderen hypertrophischen Formen (vergl. das auf Seite 40 dieser Schrift Gesagte) war Fötor vorhanden, ohne dass gleichzeitig Nekrose sich vorfand. Ich bin trotz Gottstein's „reicher Erfahrung" der Meinung, dass nicht ausschliesslich „in dem Sekret der atrophischen Schleimhaut die Bedingungen, welche die fötide Zersetzung des Nasensekretes veranlassen, vorhanden sind." Wenn Gottstein in Fällen von Ozaena mit Hypertrophie der Schleimhaut, aber ohne Nekrose „mit Sicherheit die Schleimhaut des einen oder des anderen Nasenganges im atrophischen Zustande nachweisen" zu können glaubte, so halte ich mich für berechtigt, daran zu zweifeln, dass man im Stande ist, solches während des Lebens des Kranken zu konstatiren, zumal wenn, wie ausdrücklich angenommen ist, die Schleimhaut der Muscheln selbst sich noch im Zustande der Hypertrophie befindet. Da die Nasengänge, besonders der mittlere, durch die Muscheln gebildet werden, so ist mir in dem beschränkten Raume eine sichere Diagnose von Atrophie der Schleimhaut neben zugegebener Hypertrophie derselben in vita schwer denkbar.

Wenn Gottstein meint, seine gegen die fötide Rhinitis empfohlene Tamponade der Nase habe deshalb den gewünschten Eingang nicht gefunden, weil seine zweite Veröffentlichung, in der er die Art, wie die Tamponade auszuführen sei, näher beschrieben habe, in einer weniger verbreiteten Zeitschrift (Breslauer ärztl. Z.) erschienen sei, so irrt er meines Erachtens. Seine Methode scheitert vielmehr an dem Widerstande der Kranken, die allerdings nicht so sehr im Unrechte sind. Braucht man auch den Tampon nach Gottstein nicht besonders festsitzend zu machen, so ist derselbe doch sehr unangenehm. Ich bin aber der Meinung, dass ein nicht festsitzender Tampon früher aus der Nase herausbefördert wird, als er soll: denn der Niesreiz ist nach Einführung der Watte oft sehr heftig, so dass locker eingeführte Tampons sehr rasch aus der Nase herausfliegen.

Der Tampon wirkt, wie Gottstein sagt, als mildes Reizmittel auf die Sekretion der Schleimhaut. Das ist unzweifelhaft richtig, nur scheint mir das Reizmittel ein keineswegs „mildes", sondern schon ein ziemlich kräftiges zu sein.

Denselben Zweck, den Gottstein mit der Tamponade

erreichen will, erziele ich mit den Einblasungen von Argent. nitr. in die obere Nase, nur mit dem Unterschiede, dass meine Methode für die Kranken jedenfalls weit angenehmer ist, ohne an Sicherheit zu verlieren.

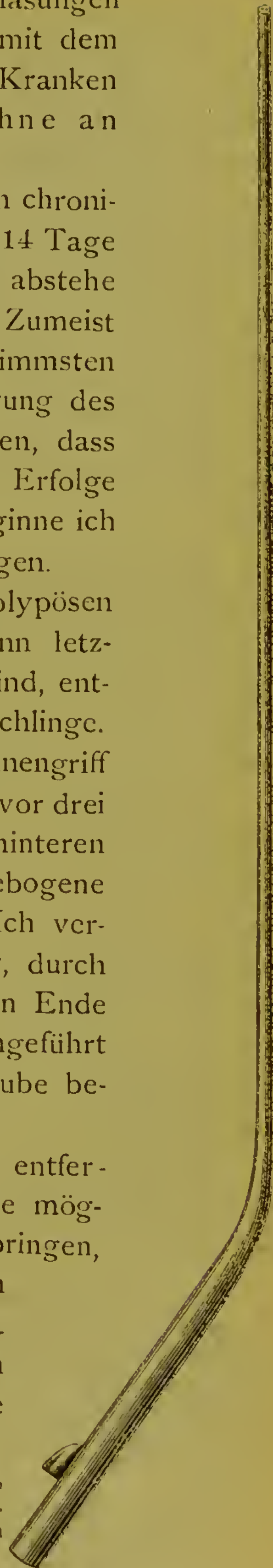
Bei den hochgradigen gewöhnlichen chronischen Nasenkatarrhen warte ich länger als 14 Tage bevor ich von den Einblasungen vorläufig abstehe und die Nasenspritze anwenden lasse. Zumeist genügen 3—4 Wochen, selbst in den schlimmsten Fällen, um eine so erhebliche Herabminderung des Sekretes durch die Einblasungen zu erreichen, dass die Kranken schon recht befriedigt vom Erfolge sind. Bei Anwendung der Nasenspritze beginne ich mit den Einblasungen erst nach 8—10 Tagen.

Fig. 10.



(Verkleinert.)

Fig. 11.



(Natürl. Grösse).

Die Polypen, sowie polypösen Schleimhautschwellungen, wenn letztere einigermassen abgesetzt sind, entferne ich mit der kalten Drahtschlinge. Für den Stoerk'schen Guillotinengriff (Fig. 10) passend liess ich mir vor drei Jahren eine einfache, in ihrem hinteren Drittel stumpfwinkelig abgebogene Röhre (Fig. 11) anfertigen.[1]) Ich verwende dünnen Stahldraht, der, durch zwei Oeffnungen am vorderen Ende der Röhre durch diese hindurchgeführt im Griffe (Fig. 10 bei SS′) durch eine Schraube befestigt wird.

Habe ich die Schlinge über den zu entfernenden Tumor geschoben, so suche ich jene möglichst nahe an dessen Ausgangspunkt zu bringen, indem ich gleichzeitig die Schlinge durch zeitweises Anziehen derselben verkleinere. Auf diese Weise komme ich am sichersten der Ursprungsstelle des Polypen so nahe

[1]) H. Reiner, in Wien IX. van Swietengasse 10., liefert meine Leitungsröhre zum Preise von 3·0 fl. ö. W. oder 5·25 Mark, den Stoerk'schen Griff zum Preise von 6·0 fl. ö. W. oder 10·50 Mark.

wie möglich. Erst wenn ich die Schlinge nicht mehr weiter hinaufzuschieben und zu verkleinern vermag — letzteres geschieht, indem ich die Drahtenden durch die Oese S (Fig. 10) weiter durchziehe und jedesmal mit der Schraube S′ leicht einklemme —, schnüre ich, nachdem die Drahtenden fest eingeschraubt sind, den Tumor gänzlich ab; fast ausnahmslos erscheint derselbe alsdann an seinem Ursprunge rite abgeschnitten. [1]) Die Blutung ist in solchem Falle kaum bemerkenswerth; doch muss ich erwähnen, dass dies mehr für Polypen als für polypöse Schwellungen gilt. Bei letzteren kommt, wenn sie sehr breit aufsassen, nicht selten eine stärkere Blutung vor. Hier genügen meist einige Einspritzungen von kaltem Wasser, dem man auch etwas Alaun oder Ferr. sesquichlor. zusetzen kann, um die Blutung zu sistiren.

Alle Polypen und polypösen Schwellungen der Nasenhöhle operire ich von der Nase aus.

Hartmann [2]) und Voltolini [3]) reissen die Nasenpolypen mit der kalten Drahtschlinge aus. Bei dem letzteren ist es nicht ersichtlich, welche Erwägung ihn zum Ausreissen der Polypen beim Gebrauch der kalten Schlinge geführt hat.

Das Abschnüren geht mit der kalten Schlinge in genau derselben Weise vor sich wie mit der galvanokaustischen Schlinge; auch ist die Prozedur gleich schmerzlos und die Blutung bei der einen wie bei der anderen Operationsart ziemlich gleich. Die Galvanokaustik ist auch bei „blossem momentanen Schlusse der Batterie“ (Voltolini) nicht im Stande, eine Blutung zu verhindern; blutet es in solchem Falle nicht, so würde das gleiche Resultat bei Anwendung der kalten Drahtschlinge erzielt worden sein.

Warum Hartmann die Polypen ausreisst, statt abschneidet, begreife ich um so weniger, als er zur vollständigen Beseitigung aller Polypenreste noch die Galvanokaustik für nöthig erachtet.

---

[1]) Es ist nicht nöthig, um einen Polypen vollkommen durchschneiden zu können, einen Schlingenschnürer zu haben, in dessen Röhre die Schlinge ganz zurückgezogen werden kann, wie Hartmann meint (Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 26, 1877). Mein Schlingenschnürer entspricht, wenn ich ihn gebrauche, diesen Anforderungen durchaus. Uebrigens ist die Hartmann'sche Einrichtung sehr bald hergestellt, wenn man die Brücke zwischen den beiden Löchern mit der Schlinge selbst durchschneidet, wie es an einer meiner alten Röhren der Fall ist.

[2]) Ueber die Operation der Nasenpolypen. Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 28, 29 und 30. 1879.

[3]) Ueber Nasenpolypen und deren Operation. Wien, Perles, 1880. Seite 25.

Ist das auch richtig, so muss ich doch bemerken, dass, da beim Abschneiden der Polypen nur ein Rest zurückbleiben kann, dieser jedenfalls viel leichter und sicherer mittelst der Galvanokaustik entfernt werden kann, als jene vielen durch das Ausreissen eines Polypen nothwendig entstehenden Gewebsfetzen, aus welchen bekanntlich hydraartig neue Polypen sich bilden.

Neuestens hat Hartmann[1]) sich entschieden für das Ausreissen der in den Nasenrachenraum hinabhängenden Nasenpolypen mittelst Zange ausgesprochen. „Es wird freilich nicht in allen Fällen gelingen, dürfte aber stets vor der Anwendung der Schlinge zu versuchen sein. Beim Ausreissen werden die Polypen immer mit dem Stile entfernt und gelingt dadurch die vollständige Beseitigung.“ Die Operation sei gefahrlos und wenig schmerzhaft.

Wir haben hier also nichts Neues, sondern die uralte Operationsweise der Nasenpolypen vor uns. Ihre Nachtheile, besonders die damit verknüpfte Gefahr, eine Muschel mit auszureissen, sind so allseitig anerkannt und die Methode deshalb jetzt so allgemein verurtheilt, dass ich es mir ersparen kann, weiter darauf einzugehen.

Reste von Polypen oder ganz kleine noch intakte Exkreszenzen zerstöre ich mit dem Galvanokauter. Wenn ich glaube, alles Krankhafte entfernt zu haben, ertheile ich den Kranken die Weisung, sich innerhalb 3—4 Monaten wieder vorzustellen, um etwaige Rezidive mit dem Kauter noch zerstören zu können. Ich kenne eine ganze Anzahl von Fällen, in denen mir Gelegenheit blieb, mehrfach zu konstatiren, dass keine Rezidive sich einstellten. Doch kommen derartige günstige Verhältnisse nur dann vor, wenn die Patienten ihre Entlassung aus der ärztlichen Behandlung nur dem Arzte allein anheimgeben, ohne sich selbst ein Urtheil über den Zustand ihrer Nase anzumassen.

Die meisten Polypen habe ich in der Vordernase, und zwar im mittleren Nasengange und um das vordere Ende der mittleren Muschel herum gefunden. Die polypösen Schwellungen der Nasenschleimhaut haben vorzüglich ihren Sitz an dem hinteren Ende der unteren Muschel, sowie an dem vorderen Ende der mittleren Muschel.

[1]) Ueber die Operation der Nasenpolypen. Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 6. 1881.

Die in Gesellschaft vorkommenden Polypen fand ich stets von solider Struktur, während Einzelexemplare fast immer Cysten vorstellten, die nach der Abschnürung ihren Inhalt meist entleerten und damit zusammenfielen.

Exkoriirte Stellen betupfe ich entweder mit einer Lösung von Argent. nitr. (0·25 : 10·0) oder mit Jodglyzerin III.

Spezifische Ulzera ätze ich kräftig mit Argent. nitr. fus., nachdem ich solches an eine Silbersonde angeschmolzen habe. Bevor ich eine weitere Aetzung vornehme, warte ich stets das Abfallen des zuerst gesetzten Schorfes ab. Unter dieser Behandlung und unter Darreichung von Kalium jodat. (10·0 : 200 · 0 dreimal täglich 1 Esslöffel) heilen die syphilitischen Ulzera der Nase, wenn zugleich deren chronischer Katarrh in der vorhin beschriebenen Weise behandelt wird, in ziemlich rascher Zeit. Hat der Kranke eine Schmierkur früher noch nicht durchgemacht, so lasse ich eine solche vornehmen, ehe Jodkali gereicht wird, in dem Falle, dass die Affektion besonders hochgradig ist.

Ist der Prozess in der Nase bereits auf den Knochen oder Knorpel übergegangen, so lasse ich meist gleich die Nasenspritze anwenden, um den jauchigen Eiter öfter und rascher fortzuschaffen. In solchen Fällen beansprucht der Heilungsprozess natürlich erheblich längere Zeit, als wenn die Ulzera die Schleimhaut allein betreffen.

Bei skrophulösen Individuen sehe ich ganz besonders darauf, dass die in der Regel Morgens die Nasenöffnungen vollkommen verstopfenden harten Borken nicht eher entfernt werden, als bis sie mit Mandelöl gehörig erweicht sind. Dadurch wird die oft vorhandene, künstlich erzeugte Rigidität der Nasenspitze und Flügel bald erheblich herabgesetzt.

Das Einstreichen von Mandelöl empfehle ich überhaupt in allen Fällen, in welchen Borkenbildung besonders vorne an der Scheidewand stattfindet. Der Kranke hat das Bedürfniss, die Borken zu entfernen; thut er es, bevor sie erweicht sind, so entstehen oft ausgebreitete Exkoriationen und hartnäckige Blutungen.

Das Einstreichen des Oeles würde sich am bequemsten mit einem Pinsel bewerkstelligen lassen. Allein die Kranken sind fast ausnahmslos so wenig aufmerksam und geschickt, dass sie den Pinsel sehr leicht zu weit in die Nase schieben und die Scheidewand verletzen. Ich lasse deshalb das Oel stets mit der

Kuppe eines Fingers in die Nase einführen, was übrigens vollkommen zum Ziele führt.

Die so häufig, besonders bei Kindern, vorkommenden spontanen Nasenblutungen vermag ich in den meisten Fällen schon durch einige Einblasungen von Argent. nitr. Nr. I zu beseitigen. Je jünger das Kind, mit einer desto geringeren Quantität des Pulvers muss man die Einblasungen beginnen. Selten ist es mir nöthig geworden, in derartigen Fällen von der Galvanokaustik Gebrauch zu machen.

Kindern, Luetischen und Skrophulösen, sowie überhaupt herabgekommenen Individuen verordne ich neben der bisher erörterten Behandlung noch Leberthran (täglich 1—3 Esslöffel) oder Milch. [1]) Die letztere muss aber von durchaus guter Qualität sein und alsdann täglich in einer Menge von 1—2 Litern oder auch mehr getrunken werden. Es ist sehr wesentlich bei der Behandlung des chronischen Nasenkatarrhes, besonders wenn derselbe ein hochgradiger von langem Bestande ist, auf die Hebung des Ernährungszustandes, der meist sehr gelitten hat, ernstlich bedacht zu sein. Wird das Aussehen des Kranken nach Milderung der Absonderung und besonders auch des Fötor ohnehin schon ein besseres, so wirkt Leberthran und Milch doch ganz energisch fördernd mit.

Die Röthe der äusseren Nase erfordert zu ihrer Beseitigung oder Verringerung ganz besondere Aufmerksamkeit. Die oft leichten Schwellungen innerhalb der oberen Nase, die jenem die Eitelkeit verletzenden Symptome höchst wahrscheinlich zu Grunde liegen, verlangen bezüglich der Quantität und Qualität des einzublasenden Argent. nitr. Pulvers grosse Vorsicht: ich wende nur kleine Dosen des schwächsten Pulvers an und mache meist Pausen von 4—6 Tagen im Anfang. Manchmal verringert sich die Röthe schon nach der ersten Einblasung ganz deutlich. Gelingt es wirklich, dieselbe auf ein Minimum zu reduziren, so darf man doch nicht versäumen, den Kranken darauf aufmerksam zu machen, dass das Uebel schon bei geringer Schwellung innerhalb der Nase wiederkehren würde. Es ist also nothwendig, dass sich solche Kranke bei Wiederkehr des lästigen Symptomes sofort wieder vorstellen.

---

[1]) Es kommt nicht selten vor, dass Milch in grösserer Quantität und lange genossen, nicht gut vertragen wird. Vortheilhaft erweist sich manchmal in solchen Fällen eine Vermischung der Milch mit Kognak.

B. Chronischer Rachenkatarrh.

Als Heilmittel gegen den chronischen Rachenkatarrh werden von den verschiedenen Autoren Inhalationen, Gurgelungen, Pinselungen mit Adstringentien, Aetzmittel, die Galvanokaustik, sowie Trinkkuren in Ems und ähnlichen Orten empfohlen.

Ich bin von Pinselungen mit Höllensteinlösungen, Inhalationen adstringirender Flüssigkeiten oder gar Kauterisationen mit Höllenstein in Substanz gänzlich abgekommen. Der der Anwendung des Höllensteins nachfolgende Schmerz ist zu gross und zu langdauernd im Vergleich sowohl zu den Symptomen, die der chronische Rachenkatarrh für gewöhnlich verursacht, als auch zu den Resultaten, welche man erzielt.

Gurgelungen zur Beseitigung eines chronischen Rachenkatarrhes habe ich nie angewendet, weil sie unmöglich das Uebel in Wirklichkeit zu entfernen im Stande sein können. Es wird aber vielfach als ein bequemes Mittel angesehen, von der einen Seite, weil man dadurch die durch ihre beständigen Klagen lästig werdenden Kranken wenigstens auf einige Zeit los wird, und von der anderen Seite, weil die Kranken durch jenes Mittel sich der Nothwendigkeit, in eine längere Behandlung eintreten und dafür Geld ausgeben zu müssen, überhoben wähnen.

Die von Mosler[1]) angegebene Art zu gurgeln hat vor der gewöhnlichen den Vorzug, dass der Nasenrachenraum von Schleimmassen rascher gereinigt wird. „Man lässt die Kranken eine grosse Portion des Gurgelwassers in den Mund nehmen, alsdann wird der Kopf bei angehaltenem Athem nach rückwärts gebogen, dass das Gurgelwasser

[1]) Berliner klin. Wochenschrift Nr. 21. 1879 und Deutsche mediz. Wochenschrift Nr. 1. 1881.

in den Schlundraum sich ergiesst. Darnach werden Schluckbewegungen und stossweise Exspirationen vorgenommen, als deren Effekt man beim Beugen nach vorn einen Theil des Gurgelwassers durch die Nasenlöcher auslaufen sieht; der Rest des Gurgelwassers wird durch den Mund entleert.“ Wenn Mosler sagt, er habe durch diese Methode „bei einer grossen Zahl chronischer Halsleiden Heilung und Besserung erzielt“, so muss ich bezweifeln, dass er je einen chronischen Nasen- oder Rachenkatarrh geheilt hat; die Besserung kann man zugeben, insofern durch jene Methode des Gurgelns ein lästiges Symptom genannter Katarrhe, die reichliche Schleimabsonderung, rascher als auf anderem Wege nach aussen geführt wird. Am unwahrscheinlichsten klingt es, wenn man liest, dass „besonders die granulöse Form der chronischen Pharyngitis“ durch monatelanges Gurgeln mit 20—25procentiger Seesalzlösung „zurückgebildet“ worden sei. Wenn hier kein Beobachtungsfehler vorläge, so müsste jetzt, nach fast zwei Jahren der Veröffentlichung dieser Behauptung, jede andere Methode der Behandlung des chronischen Rachenkatarrhes verdrängt sein. Denn eine bequemere Art, den Katarrh und insbesondere die Granula los zu werden, kann ich mir nicht denken.

Uebrigens ist die Mosler'sche Gurgelungsmethode nicht neu; von wem sie ist, weiss ich nicht. Ich habe stets gefunden, dass das Gurgelwasser am leichtesten in den Nasenrachenraum gelangt, wenn man, nachdem ein grosser Schluck Wasser genommen ist, bei zurückgelegtem Kopfe durch die Nase inspirirt und den Exspirationsstrom denselben Weg nehmen lässt, wobei darauf Bedacht zu nehmen ist, dass das Wasser während der letzten Phase möglichst tief in den Pharynx sinkt.

Bezüglich der gegen den chronischen Rachenkatarrh noch so allgemein geübten, aber den Kranken so grosse Opfer an Zeit und Geld auferlegenden Verordnung von Brunnenkuren, die jenen doch niemals Heilung, sehr selten eine nur ganz kurze Zeit dauernde Besserung bringen, dem Arzte aber den querelirenden Kranken wenigstens für einige Wochen vom Halse halten, sagt Leichtenstern[1]) sehr bezeichnend: „In unzähli-

[1]) In Ziemssen, Handbuch der allgemeinen Therapie, Band II, 1. Seite 403. Leipzig, Vogel. 1880.

gen Fällen erfährt der chronische Pharynxkatarrh trotz konsequent ausgeführter Bade- und Brunnenkuren nicht die geringste Besserung.“ Eine schärfere Verurtheilung des bisherigen Systems, die Kranken in die Bäder anstatt zum Spezialarzte zu schicken, vermag ich mir nicht zu denken.

Das Abschneiden oder Abschaben der Granulationen der Pharynxschleimhaut halte ich nicht für zweckdienlich. Ich habe das Abschaben selbst öfters geübt. Beide Methoden sind in Bezug auf Ausübung und Resultat bei weitem nicht so sicher wie die Galvanokaustik.

Sind die Kranken von vornherein im Stande, den Spatel auf der Zunge zu ertragen, so kann man sogleich das Wegbrennen der einzelnen Granula beginnen; im anderen Falle muss man die Hyperästhesie zuerst durch Pinselungen mit Jodglyzerin, wie ich oben schon beschrieben habe, herabzusetzen, resp. zu beseitigen suchen. Je nach der Grösse der einzelnen Granula empfehle ich für die erste Sitzung immer nur ein bis zwei Granula zu kauterisiren; später kann man je nach der Empfindlichkeit der einzelnen Individuen sein Vorgehen modifiziren. Die reaktive Schwellung der Pharynxschleimhaut ist oft sehr erheblich und durch sie wird jede Schlingbewegung schmerzhaft; ja manchmal glauben die Kranken ersticken zu müssen, weil sie bei jedem Athemzug die heftigsten Schmerzen empfinden. Solches kommt nicht vor, wenn man in der Anwendung der Galvanokaustik ein richtiges Mass walten lässt.

Von einigem Vortheil habe ich bei dem sog. trockenen Rachenkatarrhe häufige Pinselungen der Rachenschleimhaut mit Jodglyzerin III gefunden. Man muss aber hierbei die Pausen zwischen den einzelnen Pinselungen etwas kürzer machen, als es sonst zu geschehen pflegt. Diese Kranken besitzen auch eine an sich wenig empfindliche Rachenschleimhaut. Letztere wird durch die häufig und rasch wiederholten Pinselungen zu veränderter Sekretion angeregt, indem der Schleim wasserhaltiger wird und in Folge dessen nicht so fest der Schleimhaut anklebt.

Ich will an dieser Stelle nochmals hervorheben, dass die Pinselungen der Pharynxschleimhaut, die zur Beseitigung eines chronischen Rachenkatarrhes mitwirken sollen, stets die ganze Rachenschleimhaut treffen müssen. Es genügt keineswegs, nur den zwischen Zungengrund, Mandeln und Gaumensegel be-

legenen Theil zu bepinseln, man muss vielmehr auf den Nasenrachenraum ganz besonderen Bedacht nehmen. Zu diesem Behufe ist es nöthig, dem Pinselstiele eine entsprechende Biegung zu geben, so wie ich es Seite 11 schon beschrieben habe. Will man auch die Choanen treffen, so muss jener mindestens rechtwinkelig abgebogen sein.

Die bei der Pharyngitis sicca häufig vorhandenen leistenförmigen Erhebungen auf der hinteren Rachenwand beseitigt man am raschesten und zweckmässigsten auf galvanokaustischem Wege, und zwar eignen sich hierzu lange Brenner am vorzüglichsten.

Auf das langsamere oder raschere Vorgehen bei der Behandlung des chronischen Rachenkatarrhes können in gewisser Beziehung besondere Umstände, wie z. B. entfernterer Wohnort der Kranken, von einigem Einflusse sein. Doch darf man, falls die Galvanokauterisationen in kürzeren Zwischenräumen und ausgiebiger vorgenommen werden sollen, nicht versäumen, die Kranken auf die dadurch entstehenden Unbequemlichkeiten und Schmerzen vorher aufmerksam zu machen, will man sich dieselben nicht zu Undank veranlassen.

Was nun die Zeitpunkte, zu welchen die einzelnen Kauterisationen vorgenommen werden können, anlangt, so habe ich gefunden, dass man die ersten 2—3 Sitzungen, wenn eine geringe Anzahl von Granulationen in Betracht gezogen wurde, in Pausen von 6—8—10 Tagen stattfinden lassen kann. Alsdann aber ist die Schwellung der Rachenschleimhaut eine so allgemeine geworden, dass man die Unebenheiten derselben, wenn sie nicht gerade sehr bedeutend sind, nicht mehr mit Sicherheit wahrnehmen kann. In solchem Falle thut man gut, eine Pause von wenigstens 14 Tagen eintreten zu lassen. Zu unterstützen ist die Abschwellung der Schleimhaut aufs beste durch 2—3 Pinselungen mit Jodglyzerin I oder II.

Michel[1]) sagt, dass „drei bis vier Sitzungen erforderlich seien, bis die Heilung erfolgt sei; die ehemals noch so dicken Hypertrophien zeigen sich verschwunden, die Schleimhaut glatt und dünn, blassrosa, von feinen Gefässnetzen durchzogen".

Ich muss gestehen, dass mir dies Resultat nur in denjenigen Fällen geglückt ist, in welchen der Katarrh, die Granulirung oder Hypertrophie, ausserordentlich geringfügig

[1]) a. a. O. (Mundrachenhöhle und Kehlkopf) Seite 34.

war. Nimmermehr aber kann ich es für möglich halten, dass in nur vier Sitzungen mittelst der Galvanokaustik „die noch so dicken Hypertrophien" beseitigt werden können, selbst dann nicht, wenn man, wie Michel, in der erten Sitzung „sämmtliche erkrankte" Stellen vornimmt. Dies lässt sich kaum jemals ein Kranker gefallen; auch vermag derselbe in jenen Fällen von „noch so dicken Hypertrophien" gar nicht so lange ruhig zu halten, bis dass der Operateur „sämmtliche erkrankte Stellen" in der ersten Sitzung mit dem Galvanokauter traktirt hat. Und wenn dies auch wirklich möglich wäre, so bleiben selbst bei dem sorgfältigsten Aufsetzen des Kauters noch so viele Reste der Granula übrig, dass unbedingt mehr als drei Sitzungen noch zur Heilung erforderlich sind. Dies scheint mir um so mehr bei dem Gebrauche der messerförmigen Brenner, wie sie Michel anwendet — er lässt sie mit der Schneide wirken — zuzutreffen.

Ich wende zur Kauterisation der Granula nur rundliche Flachbrenner von verschiedener Grösse je nach dem Umfange jener an, während bei den leistenförmigen, wulstartigen Erhabenheiten, wie man sie besonders in der Seitenwand findet, die langen, schmalen Flachbrenner die zweckentsprechendste Form abgeben. Mit den runden Brennern vermag man das einzelne Granulum mit einem Male in toto ziemlich zu vertilgen. Meine langen Flachbrenner sind einfach abgebogen, und zwar benutze ich meist eine Länge von ungefähr 1 Ctm. Die wulstartigen Verdickungen lassen sich damit sehr gut treffen und die getroffenen bei genügend starkem Strome sogar häufig mit einem Male beseitigen.

Bei der Kauterisation der einzelnen Granula lasse ich den Brenner kurz vor der Berührung erglühen, während ich bei den strangartigen Wülsten den Brenner erst fest aufsetze, fast gleichzeitig aber auch die Kette schliesse. Auf diese letztere Weise entgeht man dem Uebelstande, mit dem grossen Brenner, wenn er schon glühend ist, eine falsche Stelle zu treffen, was sehr leicht vorkommen kann, wenn man hinter dem Gaumenbogen zu operiren hat, denn hier ist jede Berührung, besonders aber die Hitzeempfindung unangenehm und veranlasst zu Bewegungen des Schlundrohres.

Habe ich die leistenförmigen Erhabenheiten der hinteren Rachenwand, wie sie besonders bei der sogenannten Pharyngitis

sicca sich finden, zu kauterisiren, so lasse ich den Brenner kurz vor der Berührung erglühen. Die Wirkung ist in solchem Falle eine entschieden intensivere, weil die Feuchtigkeit der Rachenschleimhaut den Brenner im kalten Zustande noch nicht benetzt hat. In allen Fällen aber ziehe ich den Brenner, während er noch glüht, ab; er klebt im anderen Falle leicht an.

Wenn Michel weiter sagt, dass „bei schonendem Verfahren von Narben nichts zu bemerken sei, höchstens feine, glänzend weisse Striche, kurze Streifchen, Punkte, die nur mit scharfem Auge entdeckt werden können", so kann ich ihm nicht ganz beipflichten. Ich habe gefunden, dass für gewöhnlich allerdings kaum sichtbare Narben zurückbleiben; aber es sind mir auch einige Fälle vorgekommen, in welchen trotz schonendstem Verfahren sich stärker vortretende Narbenstränge bildeten. Das hat nun für die Heilung im Ganzen nichts zu sagen, aber es dauert oft Monate lang, bis diese Narben sich so weit ausgeglichen haben, dass sie aus ihrer Umgebung nicht störend hervortreten.

VI. Schlusswort.

Es ist vielfach die Ansicht verbreitet, dass lange bestehende Nasen- und Rachenkatarrhe nicht mehr geheilt werden könnten. Meine Ansicht bezüglich dieses Punktes habe ich zwar im Vorstehenden genügend gekennzeichnet, allein ich gestatte mir dennoch in einem besonderen Abschnitte darauf zurückzukommen.

Will man auch annehmen, dass eine Heilung hochgradiger, alter Nasen- und Rachenkatarrhe, nach dem jetzigen Stande der Wissenschaft noch nicht erfolgen könne, so kann doch nicht bestritten werden, dass eine wesentliche Besserung zu erreichen in unserer Macht steht. Bedenkt man nun, dass jene Katarrhe sowohl auf den Allgemeinzustand des Körpers wie auch im Besonderen auf denjenigen des Kehlkopfes und der Lungen von dem allernachtheiligsten Einflusse sind, so ergibt sich von selbst, dass, je hochgradiger der Nasen- oder Rachenkatarrh ist, um so bestimmter und energischer auf Abhilfe, zum wenigsten auf Besserung Bedacht zu nehmen ist.

In der That aber ist die weitaus grösste Anzahl der in Rede stehenden Katarrhe noch zur Heilung zu bringen, jedoch nicht nach dem Sinne der Kranken in wenigen Tagen oder Wochen, sondern oft erst in Monaten und Jahren, je nach ihrer Extensität und Intensität. Dass so lange Zeiträume erforderlich sind, wird man begreiflich finden, wenn man bedenkt, dass oft lange Pausen in der lokalen Behandlung gemacht werden müssen, um zum wirklichen Ziele zu gelangen. Ich halte einen Fall noch nicht für geheilt, wenn der Kranke auch ein Vierteljahr lang keinerlei Beschwerden hat; die letzteren werden sich vielleicht nur allzubald wieder einstellen und dann

bedarf es erneuerter Medikation. Das ist freilich wenig nach dem Sinne der Kranken. Allein ich halte dafür, in dieser wie auch in anderer Beziehung den Standpunkt der Wissenschaft nicht zu verlassen, wenn auch der eine oder andere Kranke deshalb meine Hilfe nicht weiter in Anspruch nimmt.

Da also nur in seltenen Fällen eine vollkommene Heilung des chronischen Nasen- und Rachenkatarrhes nicht möglich erscheint, so sollte stets zum mindesten eine sorgfältige, **sachverständige lokale** Untersuchung stattfinden, und wenn irgend möglich auch ein ausreichender Versuch zur Heilung gemacht werden; eine wesentliche Besserung kommt bei dem letzteren jedenfalls heraus.



Gottlieb Gistel & Comp., Wien, Stadt, Augustinerstrasse 12.